

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

DYSMÉNORRHÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. GAGLIO

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE NICE

Né le 26 juillet 1884 à Nice



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

—
1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

DYSMÉNORRHÉE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

DYSMÉNORRHÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. GAGLIO

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE NICE

Né le 26 juillet 1884 à Nice



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

—
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER
CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLI ET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). GUIART. HUGOUNENQ. MOREL. BEAUVISAGE. CLUZET. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. PAVIOT. POLLOSSON (M). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophthalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrége
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC. COURMONT (P.) CHATIN. VILLARD. TIXIER. REGAUD.	MM. COMMANDEUR. GAYET. NEVEU-LEMAIRE. PATEL. J. LÉPINE.	MM. LESIEUR. MARTIN (Et.). LAROYENNE. VORON. NOGIER.	MM. MOUNEYRAT. LATARJET, ch. BERIEL, ch. BRETIN, ch. THÉVENOT, ch.
--	--	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Aug. POLLOSSON, Président ; VILLARD, Assesseur,
MM. TIXIER et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A mon Président de Thèse :

M. LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON
Professeur de clinique gynécologique

A MES MAITRES DE LYON

A MES MAITRES DE NICE

INTRODUCTION

« Ce qu'on appelle dysménorrhée, dit A. Martin, ne consiste pas dans les malaises que la plupart des femmes accusent au moment des règles. Ce ne sont là que des syndromes que les femmes savent liés à cet état spécial et supportent patiemment. »

Et telle est la difficulté du problème en abordant un pareil travail, de définir, et par conséquent limiter cet état morbide qu'on appelle dysménorrhée.

Hermann affirme que 60 pour 100 des femmes souffrent au moment de leurs règles et qu'il y a lieu d'établir plusieurs distinctions. Les unes ont de vagues douleurs parce que leur système nerveux est affaibli au moment de la menstruation, mais rien dans leur physique ou dans leurs manières ne trahit la présence des règles. Les autres éprouvent une souffrance bien nette parce que leurs organes génitaux sont en mauvais état, et la dysménorrhée n'est ni plus ni moins qu'un symptôme, c'est la dysménorrhée symptomatique, mais un symptôme qui s'ajoute à d'autres symptômes préexistants.

Enfin un dernier groupe comprend les malades chez lesquelles aucune infection, aucun trouble pelvien n'est signalé et qui souffrent seulement au moment de leurs règles, c'est la dysménorrhée vraie, essentielle, c'est une entité morbide.

Mais cette dysménorrhée essentielle, comment la limiter? Essayer d'éliminer tous les cas où l'examen ne révèle aucune lésion, aucune malformation, est une chose bien difficile. Nous n'en voulons pour preuve que la statistique de Vedeler : sur 56 observations de dysménorrhée hystérique, il y a 42 cas avec antéflexion, 3 avec antéversion, 6 avec rétroversion, 3 avec rétroflexion, et 2 cas seulement sans résultat. Que ces déviations soient l'épine où s'accroche une névrose, ou que celle-ci n'attende que le moment des règles pour se manifester, l'un et l'autre cas peuvent se présenter et se soutenir.

La concomitance de névralgies menstruelles est démontrée, ainsi que l'exposent Courty, de Sinety, Valleix, Bloch, Marotte.

La contribution de la fonction ovarienne a été aussi mise en évidence par Trousseau, Lawson-Tait, Dalché, Gusserow.

Le rôle des contractions n'est pas douteux avec la théorie de la Menstrualkolik de Teilhaber, soutenue aussi par A. Martin, Stolper, Hermann.

Enfin la difficulté d'isoler la dysménorrhée symptomatique de la dysménorrhée essentielle a conduit beaucoup d'auteurs à la considérer comme étant un symptôme (Haultain, Clark, Marsan, Routh).

De tout cela que faut-il penser?

Pour nous, la dysménorrhée est un état pathologique créé par la menstruation et que caractérise la douleur.

Nous envisagerons un diagnostic de dysménorrhée chez une femme souffrant au moment ou à l'approche de la menstruation, et ne lui permettant pas de continuer ses occupations habituelles. Une fois l'écoulement menstruel terminé tout rentre dans l'ordre.

C'est ainsi que nous éliminerons les affections inflammatoires typiques qui déterminent des phénomènes douloureux au moment ou en dehors de la menstruation.

Les malades atteintes de dysménorrhée peuvent être séparées en deux catégories. Chez les unes elle est congénitale, chez les autres elle est acquise.

Les premières sont des jeunes filles ou des jeunes femmes qui au moment de l'instauration menstruelle ou quelque temps après sont sujettes à des douleurs paroxystiques.

Chez les unes, la dysménorrhée disparaît après quelques menstruations. Pour d'autres le mariage aura une action curative ou bien une grossesse en aura raison. Ce sont les formes transitoires, bénignes (Bouilly) (1), où l'examen bien souvent ne révèle que peu de choses.

A côté de ces dysménorrhées à pronostic favorable il est une classe de jeunes sujets chez lesquels la

(1) BOUILLY. Dysménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes. *La Gyn.*, 1902.

dysménorrhée ne cède ni au temps par la répétition de l'acte menstruel, ni au mariage par la congestion due aux rapports sexuels et chez lesquels une grossesse ne peut avoir lieu par suite de stérilité. Ce sont les formes sérieuses, quelquefois graves, par les troubles nerveux qui en sont la conséquence.

Mais la dysménorrhée peut être acquise à la suite de l'évolution d'une tare (arthritique, névropathique), d'une infection générale (tuberculeuse ou autre), enfin par modifications des organes pelviens.

Ces modifications de l'appareil génital ne sont pas toujours perceptibles au début de la dysménorrhée, c'est soit une intervention chirurgicale, soit un examen ultérieur qui met sur la voie du diagnostic. D'autre part, la petitesse de la lésion n'est pas toujours en rapport avec les symptômes. Comme le dit Bouilly « petites lésions, gros symptômes ».

Nous allons donc essayer de rapprocher par groupes les affections étiologiques et d'en tirer une classification clinique.

Qu'il nous soit permis auparavant de montrer toute notre reconnaissance envers les maîtres de la Faculté de Lyon.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nice, ont bien voulu nous aider de leurs conseils et de leur expérience durant les trois années d'internat (1907-1909). Nous ne saurions l'oublier.

Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Pollosson qui accepta d'honorer notre thèse de sa présidence.

M. Violet, chef de clinique gynécologique, nous a suggéré ce travail. Nous le remercions de tout le le dévouement et de toute la science qu'il a mise à notre disposition.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE-PATHOGÉNIE

L'étude des diverses dysménorrhées nous conduit à décrire deux classes d'affections étiologiques :

1° *Les affections locales.*

2° *Les affections générales.*

I.

Dans cette première catégorie d'affections nous étudierons les dysménorrhées liées aux vices de formation et aux vices de position de l'utérus ou des annexes. Nous dirons également un mot sur les tu-

meurs et les affections inflammatoires de l'appareil génital que l'on a invoquées pour expliquer l'origine de la douleur.

a) *L'utérus* nous offre d'innombrables lésions soit congénitales, soit acquises.

L'évolution des organes génitaux peut être arrêtée définitivement au niveau de l'utérus et donner lieu à un état rudimentaire de l'utérus. Cette malformation provoque rarement de flux menstruel et si l'évolution a pu déterminer des phénomènes douloureux les chirurgiens qui ont pratiqué une intervention radicale (Strauch, Deker, Mundé, Léopold) n'ont aucunement eu à s'occuper de la dysménorrhée comme indication.

Une observation récente de M. Goullioud (1), nous fait connaître que l'utérus double peut donner lieu à des phénomènes pathologiques menstruels, même graves. Mais ces douleurs ont la particularité d'être surtout postmenstruelles ; elles commencent après les règles et durent trois ou quatre jours.

Cette malformation comportait l'existence d'un utérus rudimentaire accolé à un utérus normal, mais se développant indépendamment et se cloisonnant à un niveau variable. La présence d'un hématomètre est à diagnostiquer.

Il en sera de même dans les imperforations de l'hymen (hématocolpos), des atrésies de vagin, Hartmann et Pozzi (2) ont communiqué deux cas où l'in-

(1) Société de Ch. de Lyon, 1909.

(2) Société d'obst. et gyn. de Paris 1909.

tervention a mis fin aux symptômes menstruels douloureux pour atrésie vaginale congénitale.

L'utérus du nouveau-né est caractérisé par une disproportion du col aux dépens du corps. De la naissance à la puberté cet organe ne se modifie guère d'après Schrøder. Les dénominations d'utérus fœtal, dernier stade de la vie embryonnaire et d'utérus infantile de l'enfant nouveau-né ne sont que des nuances d'anatomie pathologique.

Dans le premier les plis palmés de la muqueuse s'étendent jusqu'à l'intérieur du corps utérin tandis que dans l'autre ces mêmes plis palmés ne franchissent pas l'isthme.

Dans cette malformation le col fait deux ou trois fois la longueur du corps. C'est l'utérus que Freund a décrit sous le nom d'utérus infantile.

Anatomiquement les fibres musculaires prédomineraient dans la paroi du col, tandis que le corps est réduit à un tissu presque membraneux limitant un infundibulum triangulaire.

A l'examen, les parties génitales externes sont peu développées ; le vagin est court, étroit. Le col est conique, quelquefois tapiroïde (Fristch), l'orifice externe punctiforme. Sa cavité n'excède pas 3 à 4 centimètres et l'hystéromètre introduit dans cette cavité peut en déprimer le fond et être rendu perceptible par la palpation abdominale.

Les proportions du corps utérin et du col peuvent être normales, mais par suite d'un arrêt de développement à la veille de l'instauration menstruelle il

reste à l'état d'utérus atrophique, utérus pubescent de Puech, utérus hypoplasique de Virchow.

Le corps est petit, ses parois amincies, le col court. La palpation bimanuelle, le toucher rectal chez les vierges avec une sonde d'homme introduite dans la vessie (Pozzi) permettront de se rendre compte de l'atrophie du corps inhérente à celle du col.

Vineberg (1), à propos des cas de stérilité due aux malformations congénitales, montre qu'il faut beaucoup d'expériences pour savoir si un utérus a atteint ou non son développement normal. D'après cet auteur un utérus incomplètement développé serait celui dont les dimensions sont voisines de la moitié d'un utérus normal.

Les anamnestiques rendront un grand service. La menstruation est survenue tardivement, les époques étaient irrégulières, la perte sanguine peu marquée. En somme ce n'est pas l'utérus seul qui serait atteint mais le tractus génital tout entier, ovaires, trompes et ligaments larges (Vineberg).

De même l'aspect général de ces jeunes filles ou jeunes femmes est parfois significatif. Outre l'état rudimentaire des organes génitaux externes, leur ossature frêle, l'air chétif, impubère, de ces patientes sont des reflets extérieurs de la malformation interne.

Chez les femmes où l'examen extérieur ne révèle rien d'anormal, la malformation serait localisée à l'utérus.

Nous citerons comme lésion acquise, la surinvolu-

(1) VINEBERG. — Acad. de Med. New-York, février 1904.

tion utérine postpuerpérale qui aboutit à cette atrophie (Frömmel, Pierra). La lactation chez les accouchées débiles provoque au début de véritables coliques utérines ; si la lactation est continuée on verra s'établir cet état de surinvolution, les règles deviendront alors douloureuses.

L'hypertrophie utérine congénitale n'est pas signalée. Acquisie on la trouve fréquemment associée à la dysménorrhée ; elle est alors fonction d'un état hyperémique de l'organe, congestion due la plupart du temps à des états diathésiques comme l'arthritisme, soit à des congestions voisines, soit à des états infectieux qui aboutissent au « gigantisme utérin » avec hyperplasie (Brioude, Geiger) (1).

On a signalé ces gros utérus chez certaines femmes se livrant à l'onanisme ou au coït incomplet, enfin chez les filles publiques (Seyfert).

Ces gros utérus sont à la merci d'une déviation qui se fait en général en rétroversion.

A côté de ces malformations portant sur la structure anatomique du muscle utérin, il existe des malformations siégeant sur le canal cervico-utérin ou bien des vices de position. Elles peuvent exister isolément, mais elles sont souvent associées à des arrêts de développement, comme ci-dessus.

Les vices de formation utérine fréquemment observés ont servi à quelques gynécologistes pour en tirer une conclusion pathogénique.

(1) BRIOUD. Sclérose de l'utérus (Th. Paris 1896). — GEIGER, *Annals of Gyn. and ped.* 1903.

Ainsi Schultz énonce que si l'utérus fonctionne mal, cela est dû à un défaut de développement des fibres longitudinales par suite de l'atrophie de la couche superficielle du muscle utérin.

Tobler admet une dysménorrhée primitive dont les débuts ont eu lieu à l'instauration menstruelle et que des organes peu développés ont pu provoquer.

Keiffer (1) constate que bien des utérus à la puberté ne sont pas en état de fonctionner. « Il s'en faut de
« beaucoup, dit-il, que l'utérus de la femme soit
« toujours prêt dans le début de la vie génitale et
« dans le cours de celle-ci à se laisser distendre,
« s'allonger, dissocier ses éléments constitutifs au
« moment de la menstruation et de la grossesse. C'est
« ce défaut qui est la cause la plus fréquente et la
« plus variée de la douleur. La congestion mens-
« truelle se produisant trouve des tissus vasculaires,
« musculaires, nerveux et conjonctifs mal préparés,
« ils manquent de souplesse, soit qu'ils soient insuf-
« samment développés (utérus infantile, aplasie), soit
« qu'ils aient trop involué après l'accouchement
« (lactation prolongée), soit qu'ils aient subi la sclérose
« post-inflammatoire ou la sclérose physiologique ou
« diathésique ou encore infectieuse. »

C'est ainsi qu'il préconise sa méthode d'élongation des nerfs utérins pour combattre la dysménorrhée.

Carstens croit aussi au défaut d'exercice du muscle utérin, qui aboutirait à la longue à l'atrophie préma-

(1) KEIFFER. L'élongation des nerfs utérins chez la femme. *La Gynécologie* 1909.

turée du col dans les cas où la dysménorrhée daterait de l'instauration menstruelle. Le pessaire à tige aurait ainsi une indication dans les cas rebelles à la dilatation.

Atrésies utérines. — Ce sont les atrésies du canal cervical que l'on rencontre si souvent chez les dysménorrhéiques qui ont servi de base à la théorie obstructive des auteurs anglais.

Cet obstacle sera d'origine directe par obstruction congénitale des orifices, ou indirecte par déviation congénitale. Ces mêmes lésions peuvent être acquises.

Le rétrécissement de l'orifice externe, seul admis par Routh, a été rencontré 7 fois sur 3000 examens gynécologiques d'après Constantin Simionesco. Il était 4 fois congénital et 3 fois acquis. C'est donc une cause assez rare.

Ce rétrécissement congénital serait le point de départ des métrites cervicales des vierges (Gallard, Beunett, Schrøder, Pozzi), Schrøder pense qu'une infection saprophytique peut se faire derrière un tel orifice punctiforme et déterminer un catarrhe cervical. La cavité cervicale va se dilater et se déformer.

Un mucus plus ou moins épais va se collecter derrière l'orifice insuffisant et contribuer, comme un bouchon, à la gêne de l'écoulement sanguin.

Les malades atteintes de cette malformation souffrent depuis l'établissement des règles ou peu de temps après.

Le col est pointu, cartilagineux ; certains cols sont très dilatés et après dilatation préalable de l'orifice

externe, il n'est pas rare de pouvoir y introduire un doigt. Ces utérus sont par suite d'une certaine irritation tenant à l'endocervicite, en état de congestion plus ou moins marquée.

Les troubles nutritifs au niveau du col peuvent s'étendre à l'isthme et aboutir à une débilité de celui-ci. Une déviation est bientôt acquise grâce à ces processus (A. Martin).

La sténose de l'orifice interne est certainement fréquente mais elle est souvent associée à l'antéflexion. D'autre fois elle est produite par le spasme dûs à la contraction permanente des fibres circulaires du col. Ainsi se produirait la dysménorrhée spasmodique que les auteurs tels que Routh, Hermann, ont décrit à part, ainsi que Teilhaber.

Nous parlerons à la suite des antéflexions, des diverses théories pathogéniques ayant pour base les dysménorrhées que l'on rencontre si souvent liées à l'antéflexion.

Les déviations. — Nous en arrivons à étudier la lésion la plus constante et sur laquelle les auteurs ne sont pas toujours d'accord, nous voulons parler de l'antéflexion.

L'antéflexion congénitale serait très fréquente pour les uns et rare pour les autres (1).

D'après Delbet, une série de coupes congelées de fœtus et d'enfants nouveau-nés ont montré que l'uté-

(1) LEFÈVRE. Th. Paris 1899.

rus à cette époque présente un certain degré de courbure mais ne s'accompagne jamais d'antéflexion.

Pour Baudron l'utérus n'est pas antéfléchi chez l'enfant, l'antéflexion se produirait au moment de la puberté.

Pour Schultze l'antéflexion congénitale serait la conséquence d'une disposition particulière du col par rapport au vagin.

Enfin Martin dit que le plus grand nombre des antéflexions et des antéversions qu'on considérerait jadis comme pathologiques sont au contraire normales et ne réclament aucun traitement orthopédique.

Au moment de la puberté, d'après Baudron, va se produire l'antéflexion : si la paroi vaginale antérieure est frappée d'arrêt de développement, cette antéflexion va devenir pathologique.

Les gynécologues ne sont pas mieux d'accord pour expliquer l'antéflexion acquise.

On a incriminé le coït. L'isthme utérin étant débile par insuffisance de tissu musculaire, le coït agirait d'après Valleix en poussant sur le col et en faisant ainsi basculer le corps en avant. Pour Doléris ce serait dans ces cas les tractions sur le cul de sac postérieur qui agiraient.

L'inflammation aurait une grande part dans toutes les déviations. L'antéflexion serait ainsi expliquée par ramollissement utérin et allongement de l'isthme, ou bien par paramérite postérieure et raccourcissement des ligaments utero-sacrés. C'est cette dernière opinion qui rencontre le plus d'adhérents (Martin, Fristch, Bandl, Schültze).

Pour Doléris (1) l'antéflexion est la conséquence d'une maladie organique développée au niveau de l'isthme. Chez les nullipares la flexion résulte fréquemment d'un état d'inflammation chronique de la muqueuse cervicale, combinée à un allongement atrophique de l'isthme qui est le pivot de la flexion normale.

Une plus grande excursion dans la pathogénie de l'antéflexion nous entraînerait trop loin et nous nous en tiendrons à ces quelques notions qui nous ont semblé nécessaires à l'étude de l'élément causal de la dysménorrhée.

Le rôle des malformations congénitales dans la dysménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes est tout autant dû à l'état primitif au moment de l'instauration menstruelle, qu'aux troubles circulatoires et trophiques qui en sont l'évolution fatale.

L'éréthisme menstruel dans certains utérus ne peut se faire, ce sont des utérus atoniques. L'angle de flexion s'exagérera sous l'action de la masse intestinale.

S'il existe une déformation du col, un allongement, la portion vaginale va prendre la direction du vagin et le corps ne pouvant suivre ce mouvement de levier restera appliqué contre la vessie par le poids de l'intestin. Une très forte antéflexion se développe ainsi plutôt parce que le col se fléchit vers le corps, que parce que le corps se fléchit vers le col (Fristch).

D'autre part des troubles circulatoires vont se pro-

(1) DOLÉRIS. In Th. Lefèvre, loc. cit.

duire. La musculature de l'angle de flexion est mal nourrie. Les deux parois vont s'étirer et mettre obstacle à la perméabilité sanguine cette portion d'angle restera atrophique.

L'érection menstruelle ne se produisant pas, le corps utérin va recevoir toute la charge sanguine. Par suite de son inclinaison, de sa déclivité, par suite de l'obstacle à la circulation de retour, le corps utérin va devenir hyperémique. Des phénomènes de suractivité vont se constituer, l'organe peut s'hypertrophier du côté du corps, comme on voit s'établir l'hypertrophie chez les filles publiques par la congestion du coït répété.

L'on aura ainsi toute une modalité de déformations, l'utérus globuleux des jeunes dysménorrhéiques, l'utérus en forme de cornemuse de Pinard, l'utérus en forme de limaçon de Bossi. L'examen nous montre un col utérin infantile ou non, tandis que le corps augmenté de volume est en complète antéflexion sur le corps. L'orifice externe regarde en avant et s'appuie sur la paroi vaginale antérieure. Le cul de sac antérieur se limite à une petite fente formée par la lèvre antérieure et le corps. L'orifice interne est difficile à franchir.

L'état infantile du col serait dû à un processus d'atrophie que provoque les troubles circulatoires. Bossi l'aurait obtenu expérimentalement (1).

Ces malformations sont fréquentes : 1° chez les célibataires dysménorrhéiques où d'autres troubles

(1) Bossi. *Gazetta della Clinica* 1886 et *Centralb. f. Gyn.* 1908.

coexistent souvent, chlorose, anémie, hystérie, neurasthénie ; 2° chez les femmes mariées demeurées stériles.

Les facteurs seront à peu près les mêmes dans les rétrodéviations. Chez la même femme à utérus gros avec atonicité musculaire ou avec isthme débile, le corps utérin se meut autour de l'orifice interne comme dans un article (Fristch). Il peut être en anté ou en rétroposition successivement. Macrez (1) a étudié ces cas intéressants. Une chute sur le derrière, un effort par augmentation subite de la pression abdominale peut amener ces utérus à se rétroverser. Mais si la dysménorrhée est fonction de l'angle de flexion, ici le col infantile suit la direction du vagin et le corps sera à peu près sur le prolongement de cette direction avec un angle peu accusé. La douleur est aussi bien fonction d'hyperémie ovarienne par prolapsus que de congestion utérine.

De tels organes hypersensibles réveilleront dans un organisme prédisposé des phénomènes sympathiques tels que le spasme.

La rétroversion congénitale existe avec les mêmes lésions que dans l'antéflexion de même origine (Rüge).

Théories pathogéniques. — C'est à la suite de ces vices anatomiques que Marion Sims établit sa théorie mécanique de la menstruation. Sa théorie est simple : « Nulla dysménorrhœa nisi obstructiva ».

(1) *La Gyn.* 1909. Tonicité utéro-annexielle et rétrodéviations.

En effet : 1° Les menstruations sont indolores après sondage de la cavité utérine ; 2° Quand l'écoulement est manifeste les douleurs cessent ; 3° La dilatation ou la grossesse suffit à faire disparaître les crises ; 4° Un corps étranger pathologique (polype) ou thérapeutique (crayon, tige de laminaire) provoque des contractions douloureuses.

Partant de ce principe, que dans l'antéflexion le canal cervical doit se trouver coudé « comme un tuyau de caoutchouc », les auteurs de la théorie obstructive avait généralisé l'emploi de la dilatation et du redressement de la cavité utérine par tiges rigides.

Cette théorie qui n'admettait exclusivement que la flexion ou l'obstacle mécanique à l'issue sanguine a été fortement critiquée par les gynécologues. Fritsch (1) lui oppose les arguments suivants :

1° La douleur n'est pas limitée à l'utérus et les caractères de contractions utérines n'est pas prouvé.

2° Les douleurs existent souvent avant que l'hémorragie ait lieu ; les hémorragies ne font pas toujours disparaître la douleur.

3° Le sang liquide ne peut être identifié à son corps solide, les coagula n'existant généralement pas.

4° Un utérus normal bien conformé peut donner lieu à de pareils états, sans antéflexion.

Fritsch ne rejette pas complètement la dysménorrhée obstructive et pour certains cas tels que l'am-

(1) FRITSCH. Maladies des femmes, 1902. Trad. Stass.

putation de la portion vaginale du col, l'ablation galvano-caustique, la cautérisation profonde la dysménorrhée peut avoir lieu pour cette raison. Mais il la transforme en une théorie où l'obstacle apporté au gonflement de la muqueuse joue le rôle primordial, ainsi que l'augmentation de volume de l'utérus.

Il explique ainsi sa théorie :

1° La résistance de l'utérus au gonflement de la muqueuse et à la dilatation des vaisseaux, provoque des contractions utérines et un état douloureux. C'est pourquoi la dysménorrhée est fréquente dans un utérus de nullipare, petit, insuffisamment développé alors que dans un utérus souple de multipare elle n'existe guère.

2° Le gonflement menstruel de la muqueuse chasse le mucus hors de l'utérus, la menstruation est en effet précédée d'un peu de pertes. Si le mucus ne peut s'échapper, à plus forte raison le sang, la muqueuse ne pourra se gonfler. Un sondage aura ici de l'effet.

3° Après un accouchement la dysménorrhée cesse en général, parce que les vaisseaux de la musculature restent dilatés. Le coït a aussi une influence favorable de sorte que l'on voit disparaître la dysménorrhée après le mariage par suite de l'hypérémie due au coït.

Un angle de flexion plus accusé, une rétroversion surtout l'état infantile de l'utérus (Freund) ou tout autre malformation pourra, en s'opposant à l'acte

menstruel (gonflement de la muqueuse et hyperémie), provoquer la dysménorrhée.

Tumeurs utérines. — Parmi les tumeurs intérieures, il est important de signaler que beaucoup de myomes non constatables au début, sont le point de départ de dysménorrhées (Fristch, A. Martin). L'accroissement du myome aurait une influence sur l'évolution de la dysménorrhée. Si le myome s'accroît vers la cavité, les douleurs augmentent en intensité; si, d'autre part, le myome évolue vers le péritoine, la gêne mécanique disparaissant, les douleurs diminueront. Ces myomes peuvent siéger soit au niveau de l'isthme, soit au niveau des cornes utérines.

Par le même mécanisme, par gêne à l'écoulement menstruel ou par gêne au gonflement de la muqueuse, agiront les polypes.

Les polypes, siégeant à l'entrée du col, sont d'un diagnostic aisé, mais il n'en est pas toujours de même pour les polypes qui prennent naissance sur le fond utérin et qui deviennent le point de départ de dysménorrhée à cause difficile à trouver au début.

Endométrites et paramétrites. — Si beaucoup d'auteurs se sont refusés à admettre des dysménorrhées inflammatoires, par contre d'autres ont tiré parti pour expliquer l'élément douleur de l'état de l'endomètre si souvent altéré.

A. Martin admet la théorie du gonflement de la muqueuse, mais il trouve rationnel que l'inflammation

de cette muqueuse et l'état congestif du muscle utérin puisse donner lieu à des douleurs menstruelles.

L'utérus dévié, d'après Shroeder, devient le siège de congestion et de sensibilité que la fluxion menstruelle peut exagérer. Pour von Franque, Ruge et Gelbard il y a coexistence d'un certain degré d'endométrite à la suite de cet état congestif créé par les déviations ou les atrésies du col et la douleur n'aurait d'autre origine que l'hyperesthésie de la muqueuse en voie d'inflammation. Ce qui le prouve, c'est que si l'on essaie de souder l'utérus d'une dysménorrhéique on provoque une certaine douleur qui peut être très vive ; ce qui n'existe pas à l'état normal.

Doléris (1) pense que dans l'antéflexion la douleur est fonction de trois facteurs : un spasme de l'orifice interne, les végétations polypoïdes, la flexion du corps qui aboutissent à l'obstruction. Mais celle-ci n'est pas admise par tous les auteurs. Pajot cite plusieurs femmes à orifice sténosé sans dysménorrhée et à utérus antéfléchis sans dysménorrhée ; Hulbert avait déjà signalé le fait.

Pour Doléris, il est nécessaire qu'il s'y surajoute l'inflammation. « Ces empreintes douloureuses ont
« leur point de départ dans la hernie du bourrelet
« congestionné à travers l'orifice interne, très irri-
« table par inflammation. »

Le curetage a parfois ainsi grand effet. Quoiqu'il en soit, parmi les 67 observations de Lefèvre, à propos d'antéflexion, la dysménorrhée, lorsqu'elle

(1) In Th. Lefèvre, *loc. cit.*

existe, est toujours associée à un catarrhe utérin, le plus souvent d'origine cervicale avec col tuméfié, grandes sécrétions et parfois douleurs au contact.

Les paramétrites ne sont pas chose rare. L'existence fréquente de noyaux de paramétrite postérieure sert de preuve à Schultze et Olshausen pour démontrer que la douleur et parfois la déviation sont sous la dépendance de ces reliquats inflammatoires.

La paramétrite postérieure, d'après ces auteurs, est créée par la stase des sécrétions au niveau du col, stase qui provient des rétrécissements orificiels et qui favoriserait l'infection ascendante.

Keiffer a observé cette paramétrite postérieure chez les dysménorrhéiques et il lui paraît rationnel de l'admettre comme cause fréquente des douleurs. Car il existe en arrière de l'utérus et au niveau de l'insertion des ligaments utéro-sacrés une grande partie des corpuscules sensoriels dont la présence a été mise en évidence par cet auteur (1) chez les nouveau-nés. La congestion menstruelle peut provoquer des tiraillements dans les ligaments utéro-sacrés et rendre un tel acte physiologique très douloureux.

b) *Annexes.* — Les salpingites peuvent laisser des traces à peine perçues et être souvent le point de départ de la dysménorrhée. Mais à côté de ces lésions nettement inflammatoires, on trouve quelquefois des cas de congestion tubaire chronique. « Lorsqu'on fait

(1) KEIFFER. — Contribution à l'étude des corpuscules retro-utérins chez le fœtus humain. (*In Obstétrique*, 1907).

une laparotomie, dit Fristch, sur l'indication de dysménorrhée et douleur salpingienne, on trouve souvent la trompe rouge vif, épaissie allongée et partant plus ondulée. Dans toutes les parties même dans le méso-salpinx, les vaisseaux sont dilatés et très gonflés de sang, la muqueuse est hyperémiée. »

Cette congestion chronique lui semble inexplicable et il admet l'hypothèse d'influence nerveuse telle que l'onanisme.

Il est probable que les menstruations tubaires donnent lieu à des douleurs menstruelles soit par réaction immédiate, soit par action irritative des exsudats. On les voit d'après Doléris et Roulland (1), chez les névropathes à règles vicariées, chez les femmes atteintes d'ectasie veineuse, chez les femmes avec rétrolapsus des ovaires et des trompes accompagnant la rétroversion utérine.

Les adéno-myomes, ainsi que nous en rapportons des observations, de même les myomes déterminent en siégeant au niveau des trompes de la dysménorrhée. Ils occupent de préférence la région isthmique.

L'origine ovarienne de certaines dysménorrhées est bien connue.

Bouilly à propos des dysménorrhéiques chez lesquelles l'utérus porte les traces d'arrêt de développement (aplasie, utérus infantile) émet l'hypothèse que les ovaires ainsi que tout l'appareil génital est frappé d'un développement incomplet et constituerait

(1) DOLÉRIS et ROULLAND. — Processus non inf. du bassin. *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1907.

dans son ensemble « l'état infantile », Dalché est aussi de cet avis. Gusserow, Pozzi, Routh ont fait une large place à la dysménorrhée ovarienne.

Les relations des ovaires et de l'utérus sont bien établies et on admet facilement aujourd'hui la dépendance des fonctions utérines menstruelles vis-à-vis des fonctions ovariennes.

La périovarite avec production de coque fibreuse autour de l'ovaire, d'origine infectieuse générale (rhumatisme aigu, exanthèmes aigus) s'opposant à l'expansion hyperémique du parenchyme peut déterminer des phénomènes douloureux et congestifs.

Dalché a mis en valeur, à la suite de Rouget et Ch. Robin, les corps rouges évoluant à l'intérieur des ovaires et constituant l'apoplexie ovarienne douloureuse.

Une disposition vicieuse, du pavillon de la trompe (utérus infantile et déviations), d'après Pozzi, permettrait à l'ovule de tomber dans la cavité péritonéale. Ce qui donnerait lieu à l'hématocèle cataméniale des vierges de Trousseau.

Ainsi Pozzi admettrait la formation d'une péri-métrite postérieure qui, mieux que dans l'explication de Schultze par paramétrite postérieure, nous ferait comprendre la dysménorrhée des jeunes filles.

Lawson-Tait a signalé l'hyperémie ovarienne secondaire à des actes congestifs réflexes, caractérisée par des douleurs cataméniales très pénibles et pertes abondantes.

L'hématome des ovaires (Vigneaux (1), Norris)

(1) VIGNEAUX, Th. Lyon, 1903.

peut donner lieu à des accidents dysménorrhéiques.

Il nous reste à parler de l'ovarite scléro-kystique. Cette lésion fréquemment observée au cours de castrations pratiquées sur des jeunes dysménorrhéiques, n'est pas toujours pathologique. Nagel a trouvé en effet des follicules kystiques sur des personnes bien portantes; le volume de ces kystes atteignait même un œuf de poule. Leur présence a sûrement une relation avec la dysménorrhée.

Dans les cas de menstruations douloureuses, l'ovaire scléro-kystique est le point de départ de crises congestives. Leur ablation amène la cessation des douleurs. Une ablation unilatérale donne lieu à une récurrence du côté sain, comme on le voit dans une des observations de Roux de Brignoles.

Si l'on en croit les conclusions de Ghazarosian (2) cette lésion est due à des phénomènes de congestion soit active, soit passive dans le plus grand nombre des cas dus aux déviations utérines et aux prolapsus de l'ovaire.

Dans les cas de varicocèle pelvien l'ovaire devient douloureux à la longue par le même processus (P. Petit).

(2) Th. de Paris, 1903.

CHAPITRE II

CAUSES GÉNÉRALES

Nous venons de passer en revue la plupart des lésions génitales ayant pu donner naissance à la dysménorrhée. Mais comment peut-on expliquer que certaines lésions comme l'atrésie ou l'antéflexion congénitales peuvent donner lieu à des troubles chez les unes, tandis que chez les autres elles passent, pour ainsi dire, inaperçues? D'autre part bien des dysménorrhées paraissent inexplicables si l'on s'en tient à l'examen gynécologique?

C'est qu'à côté de la graine, et sous ce nom nous comprendrons toutes les affections locales provocatrices, il faut faire une place au terrain, autrement dit le terrain qui sera le plus propre à l'évolution des phénomènes douloureux.

Cette étude du rôle du terrain nous a été suggérée par les résultats qui ont été obtenus par ceux des auteurs qui s'en sont préoccupés.

Si nous nous en rapportons à la notion de la diathèse, nous voyons qu'il existe quatre diathèses bien distinctes : la diathèse strumeuse avec prédisposition tuberculeuse, la diathèse arthritique avec tendances congestives, la diathèse nerveuse et la diathèse bilieuse. Les trois premières seules nous intéressent au point de vue de la dysménorrhée, car elles nous permettent par analogie de distinguer :

- a) Un terrain infectieux (tuberculeux ou autre);
- b) Un terrain arthritique;
- c) Un terrain nerveux.

A) *Le terrain infectieux.*

Nous avons déjà remarqué à propos des vices de conformation congénitaux ou acquis, la coexistence chez certaines malades d'un état général manifestement maladif avec la dysménorrhée. Ce sont des jeunes filles frêles, maigres, peu développées; ces malades feraient partie des strumeuses.

Dolérís a invoqué dans ces cas l'engorgement facile des tissus utérins par faiblesse congénitale ou acquise et celles des parois vasculaires.

Chez ces malades nous admettons que l'infection, tuberculeuse de préférence, est à l'état latent. L'infection tuberculeuse est acquise dès leur jeune âge et se manifeste par des troubles variés atteignant surtout la circulation et la nutrition générale. Chez

d'autres le terrain était tout prêt à recevoir les germes, mais ce n'est que plus tard que la tuberculose s'implanta. C'est ainsi que nous voyons certaines tuberculeuses accuser des troubles dysménorrhéiques à l'occasion d'une lésion manifeste pulmonaire ou autre.

Les articles de MM. Hollos et Eisenstein (1) sont significatifs à ce sujet et serviront de base à notre opinion.

Ces auteurs ont étudié les accidents dysménorrhéiques chez les tuberculeuses ; le résultat d'un traitement spécifique a été surprenant.

Sur 118 malades présentant des lésions de tuberculose chronique de l'appareil respiratoire, 70 accusaient des douleurs au moment de leurs règles avec troubles divers de la menstruation (retards, avances, diminution ou abondance du flux menstruel).

53 malades ont été soumises au traitement par la tuberculine de Sprengel, voici leurs résultats :

8 résultats négatifs ;

5 améliorations ;

40 guérisons datant de 2 à 11 mois.

Chez la plupart de ces malades la dysménorrhée était apparue en même temps que la tuberculose.

Chez 27, les troubles menstruels dataient de la puberté avant toute infection génitale. Dans un cas les trois sœurs présentaient les mêmes symptômes.

Il nous manque malheureusement l'examen gyné-

(1) HOLLOS et EISENSTEIN. *Gyn. Rundschau Berl. et Wien*, 1907.

cologique de toutes ces malades. L'annexite, l'endo ou la périmétrite ont été observées chez quelques-unes.

Sur les 27 indemnes de toute affection génitale au moment du début des crises dysménorrhéiques nous avons 16 résultats franchement positifs.

D'où la conclusion de MM. Hollos et Eisenstein que beaucoup de jeunes filles présentant des troubles menstruels douloureux dès l'instauration, sont en réalité des tuberculeuses à lésions plus ou moins connues.

Nous aurions voulu corroborer à ces affirmations en recherchant parmi les observations, les lésions des organes génitaux sous l'influence de ces toxines tuberculeuses.

Roux de Brignolles (1) se basant sur la doctrine de M. le Professeur Poncet, pense à la tuberculose inflammatoire dans son article sur la sclérose utéro-annexielle et en montre un cas avec tuberculose pulmonaire avérée et dysménorrhée congénitale.

MM. Archambault et Pearce ont publié un cas d'adéno-myome tuberculeux chez une tuberculeuse pulmonaire avec dyménorrhée.

Nous-mêmes, dans une observation d'adéno-myome, avons émis l'hypothèse d'une infection tuberculeuse avec laquelle aurait débuté la dysménorrhée.

D'autre part, si l'on considère que la tuberculose génitale coïncide presque toujours avec des utérus petits, infantiles parfois, comme chez les jeunes dys-

(1) ROUX DE BRIGNOLLES. *La Gynécologie*, 1909.

ménorrhéiques (sur 80 cas d'hypoplasie utérine, Merletti note 24 cas de tuberculose génitale ; si la tuberculose génitale est souvent secondaire, nous croyons que l'hypothèse d'une tuberculose inflammatoire puisse être d'accord avec la clinique et l'anatomie pathologique.

Et cela d'autant plus facilement que nulle région n'est plus favorable à l'action des toxines tuberculeuses, par suite de cette congestion physiologique survenant tous les mois.

L'état de dépression de l'organisme en général, au moment de la menstruation et que nous montre la courbe de Van Ott (1) au point de vue des échanges nutritifs, peut être une cause favorable à l'exagération des décharges microbiennes.

Il en sera de la tuberculose comme des autres infections chroniques telles que la syphilis. L'action sclérosante de cette infection au niveau de l'utérus est connue (Brioude). Les travaux d'Ozenne nous ont fait connaître, d'autre part, la dégénérescence scléreuse des ovaires d'origine syphilitique. Comme dans toute sclérose, le premier stade du processus sera la congestion, puis l'inflammation, la sclérose atrophique (Brioude).

Le paludisme, enfin, a une action sur la menstruation et la rend douloureuse (Lancereaux).

B) *Terrain arthritique.*

L'existence de la scrofule et de l'arthritisme n'est

(1) In. *Kufferath*, Menstruation et conception.

pas chose rare chez certaines dysménoréiques (Dalché). Il y a donc un lien de parenté, ou plutôt d'association entre ces terrains.

Nous n'étions guère renseignés sur l'action des troubles de la nutrition au point de vue génital. La congestion utérine était jusqu'à ces dernières années considérée soit comme une étape de l'infection (Pozzi), soit comme une modalité clinique (Auvard). C'est grâce aux travaux de Richelot, Siredey, Doléris et de leurs élèves que l'on doit de connaître cet état morbide (1).

La congestion utérine, dit Doléris, n'est pas plus la métrite que la congestion pulmonaire n'est la pneumonie. L'absence locale de bacilles est la condition sine qua non.

Nous avons démontré que la tuberculose, la syphilis pouvait être parmi les agents de ces congestions primitives. La diathèse arthritique occupe ici une place assez importante.

Il est des signes concomitants avec la dysménorrhée qui nous laissent croire à cette existence.

Ce sont les migraines, les névralgies fugaces, les dyspepsies, l'ectasie gastrique, l'eczéma, le prurit, les coliques hépatiques ou néphrétiques, la polysarcie, les viscéroptoses, les ectases veineuses (hémorroïdes), les affections intestinales telles que l'entéro-colite muco-membraneuse.

Comment cette diathèse se manifeste-t-elle au niveau de l'utérus ou des annexes?

(1) PIERRA. La congestion utérine. *La Gynéc.*, 1904.

L'utérus est presque constamment tuméfié, sa consistance est plutôt molle; elle ressemblerait à celle de l'utérus fibromateux (Pierra); celui-ci donnerait parfois une certaine analogie avec le signe d'Hégar dans les utérus gravides au premier mois (Routh).

Il est mobilisable et ne réveille des douleurs que lorsqu'il y a coexistence de déviations acquises. Sa cavité est agrandie en général.

Le col est tantôt dur et ligneux, tantôt gros et congestionné. Sa couleur est rose ou rouge, mais jamais la « couleur épiscopale » de la cervicite aiguë.

Il y a un certain degré de catarrhe, manifesté par un écoulement de glaires visqueuses, presque transparentes. Cette action de relâchement au début des tissus utérins s'étend bientôt à tout le tractus génital. Les ovaires ont une tendance à se prolaber dans le Douglas, l'utérus sous la détente des tissus ligamenteux se met facilement en mauvaise position, mais ces positions seront mobiles.

L'hémorragie menstruelle est plus abondante, d'autres fois modérée mais prolongée. Elle s'accompagne ou est précédée de pertes blanches abondantes. Les caillots ne sont pas chose rare; le sang des arthritiques se coagule plus facilement (S. D. Duckworth) (1).

Le processus congestif a une prédilection pour

(1) S. D. DUCKWORTH. La diathèse arthritique. *Journal Méd.* Paris, 1910.

l'utérus. Les ovaires sont atteints à la longue de dégénérescence kystique. L'utérus s'hypertrophie et la sclérose, qui est l'aboutissant de la congestion arthritique, aurait comme différence d'avec celle infectieuse (tuberculose ou syphilis) d'être hypertrophique et non atrophique (Dolérís, Polaillon, Treub).

c) *Terrain nerveux.*

Dans la dysménorrhée, comme dans toute affection où la douleur est le principal symptôme, le rôle du système nerveux est prépondérant.

Étant donné, d'après Windscheid (1), que la femme fournit la principale matière aux neurologistes, c'est que son système nerveux est prédisposé plus ou moins à la névropathie, soit par maladie, soit par moindre résistance aux traumatismes physiques ou moraux.

Les rapports entre les organes génitaux et le système nerveux sont évidents quant à leur intimité. Si, d'une part, la menstruation normale provoque chez la femme saine un certain état de dépression, d'excitation, d'hypersensibilité, une intoxication même, surtout à la puberté (Régis); d'autre part, elle aura pour résultat, dans un terrain prédisposé, de donner naissance d'autant plus facilement à des manifestations nerveuses soit psychiques, soit somatiques, comme chez les hystériques. La preuve en

(1) WINDSCHEID, Centr. f. Gyn., 1896.

est que l'on agit sur le système nerveux en soignant les organes génitaux, de même que l'on arrive à rétablir les fonctions normales somatiques en prenant soin du système nerveux.

Il y a plusieurs degrés dans cette prédisposition nerveuse. La première catégorie comprendra les nerveuses simples. Ce sont les prédisposées au spasme, celles dont la muqueuse utérine jouit d'une irritabilité particulière.

La dysménorrhée spasmodique prend naissance le plus souvent sur des lésions minimales, quelquefois elle a purement une origine psychique.

Hermann a bien essayé d'en faire une dysménorrhée essentielle; elle est d'autre part admise par beaucoup de gynécologistes (Routh, Duncan, Vedeler). Mais pour Hermann, c'est la seule existante vraiment idiopathique.

La dysménorrhée, dit Hermann, est une maladie propre et doit être réservée pour les contractions utérines douloureuses. Toute dysménorrhée symptomatique d'une lésion des organes génitaux a ses symptômes en dehors de la dysménorrhée; de plus, la douleur menstruelle affecte une forme symptomatique de l'organe où elle prend naissance.

Elle n'est pas causée par la rétention menstruelle puisqu'on a signalé des atrésies génitales sans dysménorrhée et que, dans les cas de rétention évidente par la palpation, la douleur, quand elle existe, n'a pas l'acuité de la douleur spasmodique de la dysménorrhée.

Les caillots, les membranes ne causent de la

douleur que chez les neurasthéniques qui s'observent journellement et qui voient dans ces corps étrangers une cause de la douleur qu'elles ressentent à la menstruation, étant donné leur système nerveux plus ou moins débilité.

On observe ces membranes dans les deux tiers des cas, d'après Scauzoni, dans les trois quarts, d'après John Williams, chez toutes les femmes à la menstruation.

L'endométrite ne peut guère être invoquée n'existant qu'accidentellement chez les vierges; d'autre part, comme les deux tiers des douleurs débutent à l'instauration menstruelle, il est difficile de l'admettre à cette époque.

La fréquence de la stérilité résulterait de l'indifférence sexuelle. La guérison de la dysménorrhée serait la conséquence de l'influence psychique favorable de la conception.

Bref, pour terminer, Hermann (1) explique l'origine des douleurs dans l'absence du relâchement physiologique du sphincter interne, ce qui provoque dans l'utérus des contractions anormales, violentes et par là douloureuses. Quant à la cause de ce trouble physiologique, Hermann ne se l'explique pas si ce n'est par influence nerveuse.

Pour Teilhaber, les contractions musculaires même exagérées ne peuvent donner lieu à des douleurs, même chez les nerveuses et les hystériques. Il faut un trouble dans la contraction, comme une crampe

(1) HERMANN. An adress on dysmenorrhea. *British. Med. J.*, 1909.

par exemple, pour qu'elle éveille une douleur. Cette crampe, on la retrouve au niveau des sphincters, œsophage, pylore, intestin, anus — on peut aussi la trouver au niveau de l'utérus, les fibres circulaires de l'isthme agissant comme un sphincter de l'orifice interne.

Selon cet auteur, la dilatation guérit parce qu'elle agit sur le sphincter interne comme la même opération agit sur le vaginisme ou la fissure anale.

Enfin, Teilhäber considère cette douleur comme continue à l'encontre des coliques que provoquent les contractions de l'utérus puerpéral.

Stolper, après avoir fait la part de vérité à chacune des théories, conclut que la dysménorrhée est fonction de contractions douloureuses, soit par hypersensibilité du sujet, soit par afflux immodéré du sang.

La neurasthénie secondaire est fréquente : elle est l'aboutissant de la dysménorrhée chez les intellectuelles. Chez les arthritiques, elles sont souvent associées ; c'est la dysménorrhée des neuro-arthritiques de Richelot.

Ce qui caractérise la neurasthénique, c'est l'exagération de toute sensation anormale. Le moindre symptôme est démesurément grossi et prend pour ces malades une importance capitale. Leurs facultés intellectuelles sont concentrées sur le mal, si minime soit-il. Une obsession continuelle les poursuit : elles vivent dans l'appréhension des époques suivantes, une fois le flux menstruel passé.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, la neurasthé-

nie marque une disproportion énorme entre la lésion et les symptômes (Siredey) (1).

L'hystérie, comme facteur des troubles dysménorhéiques, a été surtout étudiée par Vedeler (2).

Cet auteur, en recherchant systématiquement l'hystérie dans les antécédents ou dans les manifestations douloureuses de la malade, est arrivé à croire que les théories mécaniques ou congestives n'ont pas leur raison d'être et que la dysménorrhée essentielle est le fait des hystériques.

« La dysménorrhée hystérique, dit-il, peut être un accès complètement développé avec son aura initial, ses crampes cloniques et toniques, et sa terminaison habituelle..... Dans certains cas, l'aura peut manquer et tout se limite à une mauvaise disposition de la patiente. Les sensations douloureuses s'accompagnent de crampes dans les autres organes, le plus souvent l'estomac et la vessie. »

Les douleurs accusées au niveau des ovaires, surtout à gauche, ont le plus souvent leur siège dans la paroi abdominale. Ce sont parfois des zones d'hyperesthésie avec, au centre, une zone limitée d'anesthésie.

Le spasme de l'orifice interne peut être aussi bien produit par hyperesthésie de la muqueuse que par un spasme hystérique d'origine psychique, analogue au spasme psychique de l'œsophage, par exemple.

Les ligaments larges sont eux-mêmes le siège de

(1) SIREDEY. La neurasthénie utérine. *Gaz. de méd. et ch.*, 1898.

(2) VEDELER. *Arc. f. Gyn.*, 1897.

contractions spasmodiques. La meilleure preuve, c'est la déviation observée du côté de l'utérus qui est attiré du côté douloureux et qui revient à sa place centrale lorsque le spasme cesse.

En sondant le canal utérin, la femme accuse une douleur, quelquefois dans le trajet cervical, mais le plus souvent lorsque la sonde cherche à franchir le sphincter interne.

L'hémorragie menstruelle disparaît souvent au cours d'une crise dysménorrhéique, non pas parce que l'orifice interne s'oppose en se contractant à l'issue du flux menstruel, mais parce qu'il existe une véritable crampe au niveau des vaisseaux qui diminue ou supprime l'hyperémie cause de l'hémorragie.

Enfin, et la théorie de Vedeler semble bien d'accord avec ce qui se passe chez une femme en bonne santé, ne voit-on pas les menstrues se supprimer tout à coup à la suite d'une émotion morale, d'un traumatisme ? D'autres fois, ces secousses morales ne donnent-elles pas lieu à des ménorrhagies ?

Le cerveau peut donc bien être mis en cause dans ces phénomènes génitaux et si l'hystérie est, comme on l'admet généralement aujourd'hui, une affection des centres nerveux, cette théorie semble rationnelle.

Les névralgies pelviennes ont été invoquées pour expliquer une partie de ces dysménorrhées à symptomatologie variable.

Courty a mis en relief le rôle que pouvait jouer la névralgie iléo-lombaire. De Sinety explique les points ovariens et utérins comme étant des points névralgi-

ques. Pour Valleix, ces points seraient plutôt dans les culs-de-sac.

Se basant sur l'analogie de la névralgie dentaire déterminant une congestion réflexe oculo-nasale, Marotte explique ainsi les dysménorrhées névralgiques accompagnées de métrorragies.

E. Alexander insiste sur la présence des tuméfactions de Rose au niveau des trous sacrés antérieurs et inférieurs (coccygodymie).

Nous croyons qu'il est utile de rapprocher de toutes ces douleurs névralgiques à localisation variable, les douleurs dysménorrhéiques guéries par la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

C'est la théorie nasale de la dysménorrhée qui fit tant de bruit en Allemagne lors de son apparition, que Fliess énonça et que Schiff reprit plus tard.

Voici les conclusions de la thèse de Pitoux (1) à ce sujet :

1° Il existe chez les dysménorrhéiques dans les trois quarts des cas environ des relations entre les douleurs des organes génitaux et certaines zones de la muqueuse nasale (cornet inférieur et tubercule de la cloison).

2° Ces zones sont très douloureuses au toucher pendant la menstruation.

3° Leur cocaïnisation amène une disparition des douleurs dysménorrhéiques lombo-abdominales.

4° Cet effet sédatif n'est pas dû à la vasoconstriction puisque l'adrénaline ne produit pas la

(1) Thèse Bordeaux, 1902.

même cessation des douleurs. Il n'est pas dû non plus à l'euphorie cocaïnique. La cocaïnisation répétée des zones génitales a parfois un résultat thérapeutique durable. Ce résultat est plus constant lorsqu'on détruit ces zones par le galvano-cautère ou l'électrolyse bipolaire.

Cette méthode fut très critiquée. Les uns, déçus dans leurs expériences (Noll, Sauter, Kuthner, Rethi et Chiari), attribuent le fait à la suggestion chez les hystériques ou neurasthéniques, les autres (Schiff, Koblack, Siegmund, Malherbe) cherchent à tirer une explication de leurs résultats confirmatifs.

Teilhaber entreprit des expériences *in anima vili*. L'excitation d'un point du corps provoque de la congestion dans certains viscères, tels que l'utérus. D'autres fois la même excitation provoque une anémie viscérale. D'où l'action analogue par excitation cocaïnique d'un point de la muqueuse, qui amène une modification de la tension vasculaire des organes génitaux.

Pour Reddlich, la douleur naît dans les organes génitaux, et invoquant la théorie des champs de Head, il croit avec Schiff que l'irritation menstruelle des organes génitaux donne naissance à des zones génitales qui déterminent des douleurs projetées.

Enfin, des expériences récentes de Mahu (1) il résulte que le succès de cette cure n'est guère probant.

Ce seraient surtout les douleurs secondaires à forme névralgique, telles que douleurs lombaires,

(1) *Presse médicale*, 1910.

sacrées, douleurs latérales non annexielles, les névralgies faciale, orbitaire, en somme ce qui constitue le syndrome de Fliess ou « nasalreflexneurosen » qui serait influencé favorablement par ce traitement.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Devant une telle multiplicité de causes, les gynécologistes ont cherché à les grouper dans des catégories diverses, selon leur analogie anatomique, physiologique ou clinique. C'est ainsi que l'on a distingué une dysménorrhée utérine, ovarienne ou tubaire.

Pour Pozzi, il y a une dysménorrhée utérine, ovarienne et sympathique.

Routh les divise en dysménorrhée obstructive vraie et nerveuse ou spasmodique, congestive vraie et congestive inflammatoire, enfin une troisième classe comprendrait la dysménorrhée ovarienne.

Quant à Silberschatz, il y a pour lui deux grandes classes : une dysménorrhée organique (mécanique et congestive) et une dysménorrhée nerveuse. A côté de ces deux formes il existe des dysménorrhées mixtes.

Les classifications n'ont pas une valeur absolue. Les exceptions sont si nombreuses qu'elles suffisent à les rendre inaptes au diagnostic précis qu'on peut leur demander.

Cependant comme il y a nécessité de démêler cet amas de faits cliniques que nous avons été obligés de développer au cours de l'étiologie, nous adopterons une classification qui soit le plus possible d'accord avec la clinique.

Trois facteurs contribuent à l'acte physiologique de la menstruation : d'abord l'hyperhémie, puis l'écoulement sanguin avec les phénomènes complémentaires : la contraction utérine et le gonflement de la muqueuse, enfin l'élément nerveux. Un trouble portant sur un de ces trois facteurs produira la dysménorrhée, mais, comme tout s'enchaîne, c'est le trouble prédominant sur l'un de ces facteurs qui servira à notre diagnostic.

1° <i>Obstacle à l'hémorragie</i> (gonflement de la muqueuse, écoulement et contractions).	{	a) malformations	{ utérus infantile. utérus pubescent. atrésies orificielles.	
		b) vices de position.		
		c) corps étrangers	{ myomes. polypes. caillots et membranes	
2° <i>Afflux exagéré de sang</i> ou par congestion.	{	a) active	{ par infection (tuberculose, syphilis, paludisme). par autointoxication (arthritisme) par réflexes (affections de voisinage annexielles).	
			b) passive	{ ptose rénale. ectasie veineuse pelvienne. varicocèle tubovarien. constipation. maladies du cœur. maladies du foie. maladies du poulmon.

3° *Etat anormal du système nerveux* (hyperesthésie). $\left\{ \begin{array}{l} \text{nervosisme.} \\ \text{neurasthénie.} \\ \text{hystérie.} \\ \text{névralgies.} \end{array} \right.$

Nous avons ainsi trois groupes qui délimiteront : une dysménorrhée mécanique ; 2° une dysménorrhée congestive ; 3° une dysménorrhée nerveuse.

L'association de ces formes cliniques peut exister dans certains cas et donner lieu à des formes complexes.

OBSERVATION I (Violet)

Clinique de M. le professeur Pollosson.

Antéflexion ; douleur paroxystique menstruelle.

Marie M..., 25 ans, sans profession, mariée.

Réglée à 12 ans régulièrement. Règles abondantes de 6 à 8 jours et toujours douloureuses.

Mariée depuis trois ans. Les douleurs ont augmenté depuis un mois. Maux de reins et coliques.

L'année passée retard de règles de un mois suivies de grosses pertes avec caillots. Pertes blanches pendant quelque temps.

Pessaire pendant sept mois cette année, à la suite de sa fausse-couche.

Le 20 octobre 1905, l'examen montre une antéflexion, sans annexite.

La constipation étant accentuée on ordonne un traitement laxatif.

Le 8 décembre 1905, les règles ont été très douloureuses les deux derniers mois. Ces douleurs précèdent la menstruation de quelques jours.

Le 12-13 décembre, mise en place successive de deux tiges de laminaire sans réaction fébrile.

Le 17 décembre, exeat de la malade.

Disparition des douleurs pendant trois ans.

En 1909, nouvelle dilatation aux tiges de laminaire.

Actuellement règles indolores.

OBSERVATION II (Violet).

Clinique de M. Professeur Pollosson.

Antéflexion ; douleur paroxystique menstruelle.

Jeanne N..., 24 ans, sans profession, mariée.

Réglée à 16 ans, très régulièrement depuis. Règles tous les 28 jours et durant 5 jours.

Pas de pertes blanches.

Mariée à 20 ans : deux mois après son mariage elle s'est mise à souffrir au moment de ses règles.

Les douleurs sont très nettement paroxystiques, apparaissent avec le flux menstruel, elles ont le caractère de violentes coliques et s'accompagnent de vomissements bilieux.

Elles conservent ces caractères intenses pendant deux jours puis simplement douloureuses les trois premiers jours.

Pas de modifications dans cette dysménorrhée depuis son apparition.

Pas de douleur pendant les rapports sexuels.

Utérus petit en antéflexion prononcée. Pas d'annexite.

25 mars 1909, deux laminaires : la première est introduite avec beaucoup de peine et sort le lendemain très contournée.

Amélioration dans les menstruations qui suivent.

OBSERVATION III (Viollet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Rétroversion : douleur paroxystique menstruelle.

Elise C..., 17 ans, domestique, non mariée.

Réglée à 11 ans 1/2, les règles n'ont jamais été bien régulières depuis, restant parfois plusieurs mois d'apparaître.

Les règles ne sont pas douloureuses au début.

Ce n'est que depuis deux ans que la malade souffre au moment de ses époques. Ces douleurs auraient leur origine dans un accident « une forcure » faite en soulevant des

fagots. A ce moment elle aurait même ressenti une douleur au bas ventre.

Depuis ce temps-là la malade souffre de coliques le jour qui précède et le premier jour des règles.

Ces douleurs siègent dans le bas ventre avec irradiations à la vulve. Elles disparaissent lorsque le flux est bien établi.

La malade se plaint de maux de tête pendant deux ou trois jours avant. Elle est obligée de garder le lit le jour des règles à cause des vomissements et de la douleur.

6 décembre 1908. — Au toucher utérus petit à col conique et qui semble se diriger en arrière. Impossible de faire l'hystérométrie.

Sous anesthésie on place une laminaire après avoir passé quelques numéros d'Hégar. Depuis la malade a eu ses règles d'une façon presque continuelle mais elle n'a pas souffert.

28 décembre 1908. — Laparotomie pour corriger la rétroversion.

Utérus petit, annexes très saines. Les ligaments ronds sont tout petits.

Fixation par l'origine des ligaments ronds (procédé d'Olshausen) à la soie.

On tâte l'utérus et l'on sent un corps utérin très souple puis brusquement en un point correspondant à un centimètre au-dessous de l'orifice interne on sent un anneau induré sur une hauteur de un centimètre. Au-dessous le tissu reprend son élasticité. Suites opératoires normales.

Le 18 avril 1909. — La malade écrit ne plus avoir souffert.

OBSERVATION IV (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

*Fibrome de l'isthme utérin; douleur paroxystique
menstruelle.*

Clémentine F..., 33 ans, sans profession, mariée.

Irrégulièrement menstruée depuis l'âge de 14 ans, date de l'apparition des premières règles. Les règles sont généralement en avance.

Etant jeune fille la malade souffrait peu au moment de ses époques, mais était sujette à divers malaises.

Dès l'âge de 23 ans, les douleurs menstruelles sont devenues plus violentes; à partir de cette année, elle est obligée de garder le lit à chaque période.

L'écoulement menstruel a augmenté en quantité et en durée 6-8 jours. Les douleurs sont très accusées les trois premiers jours, et rétrocedent dans la suite.

Mariée à 27 ans. Pas de grossesse, ni fausse couche.

Le mariage n'a pas du tout amélioré son état.

Depuis deux mois elle est traitée par la columnisation et le massage par M. le Docteur Quincieux.

Ce traitement est resté inefficace et la malade présentant les douleurs, les règles devant avoir lieu dans trois jours, demande une intervention.

A l'examen, le 24 juillet 1907, l'utérus est en antéflexion, la cavité utérine mesure neuf centimètres.

Le 26 juillet. — Mise en place d'une tige de laminaire.

Le 27 juillet. — Mise en place d'une seconde tige : la malade a ses règles et souffre un peu. On constate alors la présence d'un petit fibrome dans la région de l'isthme en avant.

En 1910, la malade écrit avoir souffert les deux menstruations suivantes. Depuis lors son état est redevenu normal; les époques sont indolores.

OBSERVATION V (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Myome utérin; douleur paroxystique menstruelle

Marie D... 34 ans et demi, ménagère, mariée.

Bonne santé antérieure, pas d'antécédents bacillaires.

Réglée à 17 ans régulièrement depuis. Sans douleur au début.

Mariée à 32 ans, pas d'enfant, ni fausse couche.

Depuis l'âge de 18 ans, un an après l'instauration des règles, celles-ci sont devenues douloureuses.

10 novembre 1908. — Entre à la Clinique pour dysménorrhée.

Après deux ou trois jours de ballonnement abdominal, de douleurs lombaires précédant la menstruation, celle-ci s'établit.

Les douleurs sont au paroxysme le jour de l'écoulement et cèdent à l'apparition du sang. La malade est obligée de s'arrêter de travailler et de prendre le lit.

Les douleurs ont le caractère de coliques : elles siègent dans la partie inférieure de l'abdomen et dans les reins.

Au toucher le col est normal, mais sur la partie antérieure de l'isthme en déprimant le cul de sac antérieur, le doigt arrive à percevoir assez vaguement une masse dure.

Après avoir placé deux jours de suite une tige de laminaire retirée chaque fois avec un étranglement très accusé, on pratique une dilatation cervicale sous anesthésie et on arrive à passer la bougie n° 20.

Le toucher intra-utérin pratiqué à ce moment-là ne laisse sentir rien d'anormal correspondant à la petite masse perçue en avant de l'isthme.

Le doigt percevait cependant de nouveau cette petite tumeur d'un volume d'ou pois en déprimant le cul de sac antérieur. Lavage intra-utérin et mèche.

En juin 1909. — La malade est revue : les menstruations sont depuis ce temps indolores, l'état général est excellent.

OBSERVATION VI (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Antéflexion ; douleur paroxystique menstruelle

Montès L... 26 ans, ménagère.

Pas d'accouchement, 4 fausses couches à 3, 2, 2 1/2, 1 mois.

Fièvre typhoïde à 12 ans.

Réglée à 17 ans, règles toujours très douloureuses. Souffrant surtout le deuxième jours des règles et l'obligeant à garder le lit ; tâchant à peine le linge au début, ayant le caractère de coliques.

Depuis les couches, les douleurs continuent ; pertes avec caillots et membranes.

Douleurs irradiées dans le bas-ventre et les reins.

Utérus un peu gros : 8 cm. Corps utérin douloureux, en légère antéflexion pas d'annexite.

Dilatation et curetage.

OBSERVATION VII (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Polype

Il s'agit d'une femme opérée pour polype du fond utérin le 3 septembre 1907. La dysménorrhée date depuis 6 ans, après un accouchement.

Femme très nerveuse. — Métrorragies depuis un mois.

OBSERVATION VIII (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Myomes utérins

Il s'agit d'une malade réglée à 15 ans qui depuis a toujours souffert de ses règles.

Deux enfants et une fausse couche.

Les accouchements n'ont pas modifié les douleurs.

Laparotomie le 24 avril 1910.

Utérus métritique avec endométrite polypeuse.

Myome enucléable dans la paroi antérieure ; adénomyome dans la paroi postérieure sous péritonéale.

Trompes en bon état. — Périovarite avec adhérences.

OBSERVATION IX (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Polype ; douleur paroxystique menstruelle

G... 43 ans, ménagère, Bourg.

2 accouchements normaux à 26 et 32 ans.

Suites de couches, normales ; pas de fausse couche.

Il y a un an les règles sont devenues douloureuses et abondantes.

Ces douleurs durent pendant tout le temps du flux menstruel affectant la forme de coliques utérines.

Rien en dehors des époques.

29 septembre 1909. — Au toucher utérus fibromateux et polype au niveau du col.

OBSERVATION X (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Retroversion

Fr... Plisseuse, 33 ans, rue Lafontaine, 1.

Réglée à 13 ans, régulièrement, durant trois jours mais très douloureuses.

Mariée depuis sept ans sans grossesse.

Entre à l'hôpital pour rétroversion. — 28 février 1910.

Dilatation à la laminaire.

OBSERVATION XI (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Rétroversion ; douleur paroxystique menstruelle

D... Victorine, 38 ans, rue Masséna.

Réglée à 14 ans la malade a toujours souffert au moment des règles.

Mariée à 32 ans : un accouchement normal et trois fausses couches.

Fut soignée à la 1^{re} infirmerie pour ses fausses couches. Jamais de fièvre.

12 février 1909. — Au toucher, utérus gros et mou, orifice externe fermé. Pas d'annexe. Utérus est en rétroversion légère.

Réduction et pessaire de Smith.

OBSERVATION XII (Violet)

Clinique de M. le Professeur Pollosson

*Endométrite, rétroversion, douleur paroxystique et continue
préménstruelle*

Madeleine T... 28 ans, ménagère, mariée.

Bien réglée dans sa jeunesse, ne souffrait pas à cette époque. Grossesse à terme.

Fausse couche de 4 mois il y a 6 mois.

Depuis pertes blanches et dysménorrhée violente avec ménorragies.

Douleurs pendant les quatre jours précédant les règles et surtout le premier.

L'apparition du sang les fait disparaître en grande partie.

Souffre en coliques comme pour accoucher avec envie d'aller à la selle. Garde le lit 3 jours par mois. Pas de vomissements.

Examen le 28 août 1909. — Vulve et périnée normaux.

Col sans grandes lésions.

Utérus en rétroposition, dévié par son fond à gauche qui se laisse fléchir au niveau de l'isthme.

Corps augmenté de volume et douloureux.

Pas d'annexite, ni de ptose.

Pas de pus. Pertes acqueuses un peu abondantes.

CHAPITRE IV

LA DYSMÉNORRÉE MÉCANIQUE

Nous avons déjà parlé des malformations et des déviations acquises ou congénitales. Elles sont fréquentes et c'est, soit un utérus petit, soit un col infantile, soit la constatation du corps en flexion ou en version qui nous portera à les considérer comme élément causal de la douleur.

Les myomes et les polypes sont facilement reconnaissables et une dilatation peut d'autres fois être la clef du diagnostic.

Quant aux caillots, on les rencontre souvent avec une rétroversion, une inversion utérine légère coïncidant avec la présence d'un polype mais ce sont surtout les gros utérus congestionnés ou métritiques les utérus géants, avec endométrite exfoliatrice. Dans

ce cas on observe l'expulsion des membranes pouvant dans la totalité représenter le moule de la cavité utérine ou bien en morceaux.

C'est dans ces conditions d'obstacles constatables que l'on peut le mieux définir symptomatiquement la dysménorrhée mécanique.

Les douleurs prennent naissance deux jours au plus avant l'apparition du sang. Celle-ci s'annonce presque toujours par une augmentation des douleurs le jour même de l'hémorragie. S'il y a des caillots ou des membranes c'est au moment du passage de ces corps étrangers que la douleur est la plus vive. Elle cède ou s'atténue généralement lorsque le flux menstruel est bien établi ou lorsque les contractions utérines ont pu chasser l'obstacle.

La caractéristique de la douleur par obstacle est d'être comparable aux douleurs de l'enfantement, à des sortes de coliques avec phases progressives d'augmentation et de cessation. En somme la douleur est ici paroxystique et intermittente.

Au point de vue traitement il faut envisager plusieurs cas. Tout d'abord ce sont ces jeunes filles qui depuis l'instauration menstruelle souffrent de coliques à chacune des époques. Chez celles-là, si les symptômes nerveux ne sont pas alarmants il est permis de différer une intervention telle que la dilatation, parce qu'un mariage peut avoir raison de cette dysménorrhée ou même la simple répétition de l'acte menstruel.

Si la dysménorrhée persiste au-delà de ces limites, il faut soumettre la malade à un traitement général :

gymnastique des muscles à insertions pelviennes, la douche chaude, la bicyclette. Il faut de même exciter la nutrition par une thérapeutique tonifiante, reconstituante. S'il y a des retards prolongés, les extraits d'ovaire auront un bon effet (Dalché), c'est à l'arrêt de développement qu'il faut penser. Si l'on croit avoir affaire à une antéflexion ou à une atrésie c'est à la dilatation qu'il faut avoir recours.

La dilatation est le traitement de choix des dysménorrhées d'ordre mécanique.

Dans les quatre cinquièmes des cas guéris par la dilatation disent Hermann et Russel Andrews, la douleur était paroxystique.

La dilatation agit par dilacération des fibres du col sur le degré d'atrésie cervicale et elle rémédie momentanément ainsi que nous le voyons dans les flexions acquises, à la déviation, à la courbure du canal utérin.

La dilatation peut être faite à l'aide des bougies d'Hégar, c'est la méthode de dilatation brusque.

Elle expose à des traumatismes assez marqués au niveau du col pour que la cicatrisation, et la rétraction qui s'ensuit, amènent une récurrence à brève échéance (Gallabin fait une dilatation jusqu'au N° 19 d'Hégar !).

C'est ainsi que l'incision simple du col où opération de Simpson ne donne pas des résultats permanents. A peine la cicatrisation est achevée que l'on voit la dysménorrhée réapparaître. Le procédé de choix est la dilatation lente, progressive et répétée (Doleris) à l'aide de l'éponge préparée ou la tige de laminaire.

On obtient tout d'abord un certain degré de ramollissement du col qui se prêtera facilement, sans déchirures, à l'action ampliatrice de la tige. D'autre part la présence de ce corps étranger oblige le corps utérin à se contracter et le soumet ainsi à une véritable gymnastique.

Sur 4 cas de dysménorrhée mécanique qui ont été ainsi traités il y a 4 guérisons dans nos observations.

Chez l'une d'elle il y eu récidence au bout de trois ans et une seconde dilatation en eut raison.

Il peut arriver que la première dilatation ait peu d'effet et que l'on doive recommencer pour obtenir quelque résultat. C'est pour obvier à ce succès éphémère que certains auteurs ont préconisé des interventions sur le col.

Teilhaber propose la résection partielle ou totale du sphincter interne, ce qui lui donne 22 cas avec guérisons.

Ralinowsky dilate du N° 1 au 9 d'Hégar et fait une incision cruciforme, au besoin curetage, injection iodée et mèche : sur 100 cas, 100 succès avec 20 grossesses.

En effet une conséquence de ces utérus dysménorrhéiques à corps fléchi et à col pointu est la stérilité.

C'est pour éviter cette complication et guérir la dysménorrhée rebelle à tout traitement en favorisant la conception que l'on a mis en avant plusieurs procédés : la métrotomie du Sims et Simpson la discision du col de Gaillard Thomas et Emmet, la stomatoplastie par évidement commissural de Pozzi, l'évi-

dement de l'orifice externe avec stomatoplastie elliptique de Doléris.

Bedford Fenwick obtient par discission bilatérale sur 87 cas traités : 28 cas de guérison après quelques mois, 33 cas de guérison après onze mois et 8 cas d'amélioration. Sur 24 cas de stérilité il obtient 18 grossesses après 5 ans de stérilité en moyenne.

Enfin Pozzi sur 54 opérées selon son procédé cite 14 grossesses en l'espace de 3 ans et aucune dystocie par rigidité du col. Doléris (1) ne voit pas les résultats d'un si bon œil et montre les inconvénients de ces opérations : « Par l'opération, dit-il, l'orifice externe « est bien ouvert mais il reste le catarrhe, l'atrésie « de l'orifice interne avec la flexion et la douleur con- « sécutives à l'atrophie congénitale du segment cor- « poréal de l'utérus. »

Et rien ne vaut la dilatation par la tige de laminaire selon ce maître éminent. Nos résultats, quoique peu nombreux, nous incline à penser de même.

Pour terminer nous remarquerons à propos de deux de nos malades atteintes l'une et l'autre de petits fibromyomes et qu'une dilatation a guéris de la dyménorrhée, l'influence que peut avoir une telle opération soit par arrêt de développement, soit par régression. Nous sommes portés à faire cette remarque parce que le fait est déjà connu à propos de grossesses ayant fait disparaître des petits myomes.

(1) Pozzi, Doléris, — Académie de Méd. 1909.

OBSERVATION XVIII (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Annexite légère; douleur continue prémenstruelle.

Henriette C..., 24 ans, domestique, non mariée.

Bonne santé antérieure.

Réglée à 10 ans 1/2 régulièrement toutes les 4 semaines.

Règles abondantes durant 6 jours.

La malade a toujours bien souffert de ses règles : elle était obligée de s'aliter quelquefois.

Pas de pertes blanches.

Entre à la clinique le 13 avril 1898. Depuis le mois de janvier, règles plus douloureuses : les douleurs surviennent 5 à 8 jours avant l'écoulement sanguin.

Elles persistent au moment de la menstruation, mais moins marquées ; elles disparaissent à la cessation.

Elles se présentent sous la forme de coliques avec maximum à droite cependant, elles s'accompagnent de maux de reins.

L'écoulement est régulier abondant ; en dehors de ses époques pas de pertes blanches ni rouges.

Constipation. Troubles digestifs divers, perte d'appétit, dyspepsie, etc.

Pas d'amaigrissement, pas de fièvre, en somme bon état général.

La miction et la défécation sont normales.

A l'examen : utérus un peu gros, mobile, légèrement dévié à gauche.

A gauche, légère annexite (?). Annexes droites en bon état.

Le cul-de-sac postérieur est libre et indolore.

15 avril 1898. Une seule dilatation par tige de laminaire que l'on enlève immédiatement avant les règles.

Règles indolores dans la suite.

OBSERVATION XIV (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Endométrite; douleur continue.

D. . . , 26 ans, chapelière, rue Mercière, 82.

Deux accouchements.

Une fausse couche il y a 4 ans. Toujours bien réglée avec pertes blanches.

Depuis sa fausse couche la malade a toujours souffert au moment des règles, particulièrement les deux premiers jours; douleurs sans coliques dans les reins et le côté droit.

Pertes tâchant le linge.

Le 21 février. Utérus gros et douloureux; pas d'annexite; paramétrite droite.

Dilatation à la laminaire pendant deux jours et lavage à la glycérine iodée. Amélioration.

OBSERVATION XV (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Myome tubaire.

Femme de 29 ans.

Réglée à 15 ans, sans douleur à cette époque.

Malade suspecte de bacillose. A l'âge de 17 ans, affection abdominale ayant duré 5 mois.

Règles douloureuses depuis cette affection.

Mariée à 26 ans. Stérilité. Salpingectomie en septembre 1907.

Myome tubaire à gauche du volume d'une petite mandarine partant de la corne utérine gauche absolument saine

OBSERVATION XVI (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Adénomyome des cornes utérines; douleur continue, prémenstruelle.

Femme de 39 ans, nullipare.

Réglée à 11 ans. Mariée à 23 ans.

A toujours souffert au moment de ses règles.

Douleurs d'une durée de 3 jours, l'obligeant à garder le lit, localisées au bas ventre avec vomissements; pendant 3 ou 4 jours la malade ne mange pas.

Les douleurs cessent dès que les règles apparaissent.

Les règles étaient annoncées par de la diarrhée; selles liquides précédant d'un jour les douleurs.

Nullement améliorée par le mariage.

Hystérectomie par le procédé de Wertheim.

Cancer à forme bourgeonnante du col. Utérus en forme de selle de cavalier.

Adénomyomes des deux cornes utérines à l'insertion des deux trompes.

A droite, nodosité plus prononcée qu'à gauche, trompe dans sa portion isthmique et à tendance serpentine. L'ovaire est occupé dans ses trois quarts par un kyste décorticable et revêtu d'un épithélium.

A gauche, la trompe est fermée; extrémité d'un œuf de poule à contenu hématique.

Ovaire gauche sain avec corps jaune récent.

OBSERVATION XVII (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Adénomyome tubaire.

Dysménorrhée depuis l'établissement des règles.

Hystérectomie abdominale totale le 18 août 1907.

Adénomyome tubaire bilatéral.

Utérus de volume normal. Trompes élargies au niveau de l'abouchement utérin avec noyaux multiples adénomateux. Ovaire gauche absent par suite d'une intervention antérieure. Ovaire droit hypertrophié avec corps jaune récent.

OBSERVATION XVIII (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

Tuberculose pulmonaire; douleur continue.

Marie S..., Grande-Côte, 28.

Pas d'accouchement, pas de fausse couche.

Il y a huit ans bronchite au cours de laquelle la malade eut des hémoptysies. Depuis la malade tousse tous les hivers.

Règles ont toujours été irrégulières retardant ou avançant de 15 jours.

Toujours très douloureuses obligeant la malade à garder le lit.

Pertes blanches abondantes depuis l'instauration menstruelle.

Opérée il y a 4 ans par M. Villard pour annexite bilatérale.

Le 9 février 1910. Entre à l'hôpital pour douleurs dans les fosses iliaques qui disparaissent par le repos au lit.

OBSERVATION XIX (Violet).

Clinique de M. le professeur Pollosson.

Néphroptose; douleur continue.

Léontine R..., 29 ans, journalière à Rochetaillée. Mariée.

Pas d'antécédents personnels à part maladie infantile (rougeole).

A été soignée pour anémie pendant dix ans.

Réglée à treize ans, les menstruations ont été très irrégulières pendant les dix premières années. Sont devenues régulières à 23 ans.

Il y a dix-huit mois, effort pour soulever un fardeau : douleur brusque sur un trajet correspondant à celui de l'uretère droit. Le soir du même jour légère tâche de sang sur la chemise.

Un an après même accident et mêmes symptômes.

Les règles sont devenues très douloureuses, pendant toute leur durée.

Constipation, dyspepsie. Troubles de la miction.

12 mars 1910. A l'examen pas d'écoulement vaginal ou utérin, pas d'aunexite.

Rein droit abaissé et basculant facilement.

On conseille ceinture et hydrothérapie. En cas de persistance, néphropexie. La malade n'est pas revenue.

OBSERVATION XX (Violet).

Clinique de M.le Professeur Pollosson.

Varicocèle tubo-ovarien; douleur continue.

M^{me} X..., 30 ans, chemin de Baraban, 148.

Réglée à 16 ans; mariée à 21 ans et fausse couche de deux mois et demi après; quatre enfants depuis.

Elle souffrait de ses règles étant jeune fille. Obligée de garder le lit; pendant tout le temps de ses règles, les douleurs ne cessaient pas. Règles d'une durée de huit jours, abondantes.

Après la fausse couche et ses accouchements, n'a pas été améliorée, mais a souffert encore davantage.

Elle ne souffrait pas en dehors de ses règles.

Elle souffrait en coliques.

Opérée le 5 décembre 1905. Varicocèle tubo-ovarien considérable. De chaque côté de l'utérus, les deux feuillets du ligament large sont distendus et soulevés par des paquets veineux bleuâtres d'aspect et disposition serpentine.

Utérus un peu gros, métritique, pas de fibrome.

Ovaires normaux.

Pas de salpingite.

OBSERVATION XXI (Conrad).

Varicocèle tubo-ovarien; douleur continue prémenstruelle.

X..., vierge de 35 ans, souffrant depuis des années de violentes douleurs prémenstruelles et dysménorrhéiques avec règles prolongées.

Différents traitements locaux et généraux ne donnent rien.

A Berlin, Olshausen diagnostique une neurasthénie.

L'observation prolongée montre qu'avant et après les règles il survenait une tuméfaction douloureuse de l'ovaire gauche et de la région circonvoisine. La douleur persistant dans cette région, on fit une laparotomie en 1901.

Ovaire gauche peu augmenté. Lésions habituelles du varicocèle, veines variqueuses dans le hile de l'ovaire, hyperplasie modérée du stroma. Pas d'ovarite.

La dysménorrhée a disparu depuis trois ans.

OBSERVATION XXII (Richelot).

Congestion utérine, arthritisme; douleur continue, prémenstruelle.

M^{me} C..., neuro-arthritique.

Sans grossesse. Règles courtes, peu abondantes, douloureuses avant et pendant. Violente migraine depuis quelques années.

Col petit, scléreux, non infecté.

Utérus peu volumineux, sensible au toucher.

Injections chaudes, douches.

Menstruations normales après le traitement.

OBSERVATION XXIII (Pierra).

Congestion utérine, arthritisme.

M^{lle} T..., âgée 16 ans, vierge.

Souche arthritique très nette.

Règles depuis six mois seulement; très douloureuses et prolongées de six à huit jours.

M. Pierra est appelé pour ménorragies et coliques persistantes.

A la palpation, gros utérus, non douloureux, mou.

Les traitements médicaux échouent; par le massage, l'utérus se durcit.

Régime antiarthritique pendant les intervalles menstruels.

Après quatre mois de traitement, règles normales.

OBSERVATION XXIV (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée acquise; ovaire kystique, douleur continue.

C. B..., domestique; pleurésie à 18 ans, fièvre typhoïde à 23 ans, avec phlébite.

Depuis sa pleurésie, souffre du bas-ventre au moment des règles, qui se prolongent huit jours.

Depuis un an, leucorrhée.

Le 10 avril, molimen intermenstruel déterminant une hémorragie persistante.

Entre à l'hôpital le 19 avril 1904. Le repos au lit arrête l'hémorragie.

Au toucher, utérus gros, dévié dans le cul-de-sac gauche, ovaire volumineux et fixe attenant à petit pyosalpinx; à droite, ovaire kystique, trompe également envahie.

Opération le 3 mai 1904.

Annexes enflammées; à droite, kyste à contenu citrin du volume d'une orange appendu à l'ovaire kystique; petit pyosalpinx à gauche, idem.

Ablation totale (procédé américain).

Guérison.

OBSERVATION XXV (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée congénitale, ovaire kystique.

V. P..., ménagère, 29 ans. Réglée à 18 ans, a toujours souffert au moment des règles, qui progressivement ont diminué de durée et d'intensité.

Se plaint d'une grosseur dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic : hydrosalpinx.

Intervention le 10 novembre 1906.

Utérus fibromateux, pas très gros. Hydrosalpinx droit. Ovaire droit macro-kystique. Trompe gauche augmentée de volume, ovaire kystique à gauche. Extirpation totale, Guérison.

OBSERVATION XXVI (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée congénitale ; rétroversion et annexite.

D. J..., 20 ans, journalière,

Antécédents héréditaires peu chargés sauf cinq sœurs mortes en bas âge) et arthritisme (migraine) de la mère.

Réglée à 14 ans, souffre à chaque menstruation et est obligée de s'aliter. Règles irrégulières.

Jeune femme pâle, non amaigrie, présentant à l'arrivée 39°, que le repos et la glace ramènent à la normale.

Fosses iliaques douloureuses avec irradiations.

Utérus petit, peu mobile ; annexes augmentées de volume atrocement douloureuses. Le traitement médical échoue.

Intervention le 21.

Utérus accolé et fixé au rectum ; adhérences des annexes. Hystérectomie.

OBSERVATION XXVII (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée congénitale ; ovaire kystique.

H. P..., jeune fille de 22 ans, réglée à 15 ans, a toujours souffert pendant les périodes menstruelles, mais depuis un an, l'acuité des douleurs est telle qu'elle doit garder le lit pendant trois ou quatre jours par mois.

Entre à la Clinique pour phénomènes douloureux continus.

Ventre peu sensible.

A droite, ovaire scléro-kystique, utérus normal.

Ovaire droit miriforme, augmenté de volume, surface hérissée de petits kystes, dont quelques-uns ont une coloration brunâtre. La trompe congestionnée est enlevée avec l'ovaire. Le reste sain.

Guérison.

La jeune fille s'est mariée et a eu une grossesse.

OBSERVATION XXVIII (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée congénitale; ovaire kystique.

G. J..., 26 ans, servante à l'Hôtel-Dieu. Réglée à 16 ans. Dysménorrhée menstruelle d'abord, puis intermenstruelle. Douleurs continues et hémorragies à la suite. Curetage. Pas d'amélioration. Salpingo-ovariectomie gauche pour sclérose annexielle. Récidive à droite après six mois. Hystérectomie.

Guérison.

OBSERVATION XXIX (Roux de Brignoles) (1).

Dysménorrhée congénitale; ovaire kystique.

B. R..., 27 ans, domestique.

Santé délicate, antécédents difficiles à préciser, scrofuleuse dans l'enfance, réglée à 15 ans.

A souffert fréquemment au moment de ses règles. Depuis six mois. douleurs dans la fosse iliaque gauche, qui ont pris un caractère d'acuité de plus en plus grande.

En août 1902, utérus normal, ovaire gauche microscopique.

En septembre et octobre, exaspération des douleurs, qui persistent même en dehors des règles.

Le tempérament nerveux explique en partie l'acuité des douleurs.

(1) Ces observations ont été toutes plus ou moins résumées.

Le 16 octobre 1902, ablation des annexes droites ; ovaire bourré de petits kystes ; à gauche, excision d'un petit kyste ovarien pédiculé.

Le 18 octobre 1902, apparition des premières règles, accompagnées de légers troubles qui ne se sont plus manifestés depuis.

OBSERVATION XXX (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée congénitale ; arthritisme ; ovaire kystique.

L. V., arthritique nerveuse de 29 ans, a toujours eu de la dysménorrhée plus ou moins améliorée par des traitements médicaux ou thermaux.

Jusqu'alors, on diffère intervention.

Les douleurs deviennent continues ; à l'examen : à droite, ovaire et trompe paraissant sains ; à gauche, petite tumeur appréciable par le palper bimanuel, à sensibilité exquise et paraissant fixée à l'anse oméga, ce qui expliquerait les poussées fréquentes d'entérite muco-membraneuse.

Laparotomie le 12 novembre 1904. Utérus sain ; à gauche, trompe volumineuse contournée, ovaire micro-kystique et adhérent à la dernière partie du côlon descendant.

Guérison définitive.

OBSERVATION XXXI (Roux de Brignoles).

Dysménorrhée congénitale ovaire kystique

B. E. 27 ans, domestique, tardivement réglée (15 ans), a souffert dès la première menstruation, depuis six mois douleur dans la fosse iliaque gauche très aiguë.

Examen : utérus normal, masse ovarique légèrement augmentée de volume à gauche, adhérente à l'utérus très sensible.

Nervosisme extrême confinant à la manie, réclamant une intervention.

Jusque là les phénomènes se calment avec la fin des règles,

à partir de septembre plus d'arrêt dans la douleur et phénomènes nerveux augmentant, intervention.

Utérus sain, adhérence en arrière sectionnée au ciseau.

Ovaire droit micro-kystique. Petit kyste pédiculé à gauche, que l'on enlève après ligature.

Conservation de l'utérus et annexes gauches.

Guérison. Les règles de novembre et décembre se font sans douleur, l'état général est excellent.

OBSERVATION XXXII (Roux de Brignoles.

Dysménorrhée acquise ; Appendicite et ovaire gauche kystique.

X..., Religieuse âgée de 28 ans, très nerveuse. Ménorragies douloureuses.

Crises d'appendicite fréquentes. Diagnostic : appendicite et ovarite.

A la suite d'une crise, la parotomie le 10 juin 1904.

Appendice très long congestionné ; ovaire gauche très dur est enlevé ; cautérisation à la pointe fine du thermo des petits kystes de l'ovaire droit.

Le 13 juillet. Règles indolores.

Depuis cette époque la région ovarique droite est devenue douloureux.

Il est probable que le travail de sclérose a continué son action sur l'ovaire qui paraissait sain.

CHAPITRE V

LA DYSMÉNORRHÉE CONGESTIVE

Ce groupe est déjà plus diffus : c'est que de la congestion à l'inflammation il y a peu d'intervalle et que la dysménorrhée congestive aboutit fatalement à un processus inflammatoire et finalement à la sclérose. Cependant elle existe, et quant aux causes, elle ne peut être expliquée autrement que par une exagération d'un trouble circulatoire physiologique. Une petite lésion annexielle, une ovarite scléro-kystique non constatables sont le point de départ de douleurs dysménorrhéiques généralisées à tout le bassin, mais plus accentuées pourtant au niveau de l'organe lésé, lorsque lésion il y a. D'autre part, comment expliquer qu'une néphroptose puisse provoquer un flux menstruel douloureux, alors que la ptose rénale ne donne lieu parfois à aucun symptôme douloureux ?

Dans ces dysménorrhées d'origine si variée, on est même embarrassé quelquefois pour en chercher la cause, tout au moins au début. Ainsi, parmi les observations de sclérose kystique ovarienne, les douleurs sont presque toujours survenues au début de la menstruation. Puis il se passe de un an à dix ans en moyenne pour que l'examen ou la malade mette en évidence un ovaire douloureux.

La congestion menstruelle, dès son apparition dans les organes du petit bassin, provoque presque aussitôt des douleurs.

Les douleurs sont bien ici prémenstruelles, devant de quatre à huit jours l'apparition des premières taches de sang. De plus, elles n'ont pas la particularité d'être paroxystiques, elles sont généralement continues. Ce n'est que dans le cas de lésions endométritiques que l'on a l'occasion de noter des coliques ou bien dans les cas où la congestion s'associe à des troubles mécaniques.

Ce sont des douleurs sourdes, de tension, de pesanteur (Schultze). Il y a des irradiations dans les lombes, dans l'hypogastre, dans l'aîne. Lorsque les phénomènes congestifs ont pour point de départ la région ovarienne, les points douloureux sont surtout localisés à droite ou à gauche, parfois les deux ; il y a une irradiation correspondant au côté affecté dans la cuisse sur la face interne. Plus tard, la dysménorrhée intermenstruelle sera fonction soit d'un hydrosalpinx, soit d'une périovarite.

Si la trompe est en cause, elle peut donner lieu à

la douleur paradoxale (Doléris) du côté opposé à la lésion.

Enfin, les ménorragies sont fréquentes. Les utérus gros sont longs à se décongestionner. La durée des règles est de six à huit jours. Elles sont des fois peu abondantes au début, puis profuses dans la suite. Un certain soulagement accompagne ces débâcles sanguines.

Le traitement doit s'adresser à la congestion même, surtout dans les cas où l'arthritisme, la stase sanguine sont soupçonnés.

La méthode de Reclus, autant par son inocuité que par ses heureux effets, sera d'un grand secours.

L'eau chaude peut être employée sous trois formes : la douche vaginale, la douche générale et les lavements.

La douche vaginale, selon Richelot (1), donne des bons résultats si l'on en exige et l'abondance et la température.

A ce point de vue, la douche vaginale de Luxeuil est l'idéal en cette façon d'emploi. On fait à Luxeuil de bonnes cures en faisant passer 60 à 80 litres d'eau chaude à chaque injection.

La température voisine de 50° est d'une grande importance.

En pratique, elles doivent atteindre 6 à 8 litres. La malade doit être couchée, le bassin surélevé.

Les lavements ont aussi de bons effets et dans le

(1) RICHELLOT. Traitement médical des affections pelviennes. *La Gyn.*, 1909.

cas de troubles intestinaux (constipation, entérite muco-membraneuse), ils doivent être essayés de la même façon.

Le massage a beaucoup de prise sur les noyaux persistants de paramérite postérieure, sur les lésions localisées de périmérite.

S'il y a une rétraction des ligaments utéro-sacrés, la méthode de Keiffer (1) par élongation des nerfs utérins a de bons effets. Cette méthode consiste à assouplir les ligaments au niveau de leurs insertions utérines en imprimant des mouvements dans tous les sens au corps utérin à l'aide du massage bimanuel.

La columnisation, d'après les principes du Professeur Laroyenne, a une action décongestive marquée.

« Le tamponnement, dit Pierra (2), diminue la
« turgescence du col et provoque l'évacuation des
« glandes et du canal cervical. De plus, il effectue
« sur la périphérie du col une compression qui em-
« pêche ou qui diminue la traction sur les ligaments.
« Enfin, il rend à ceux-ci toute leur tonicité par l'ex-
« citation qu'il produit sur toute la zone péri-
« utérine. »

La dilatation, et le curetage, s'il y a lieu, mettront l'utérus à l'abri des processus sclérosant auxquels aboutissent les états congestifs.

Au point de vue général, un régime bien suivi aura raison de l'arthritisme.

Quant à la tuberculose, nous n'apportons aucun

(1) *La Gynéc.*, 1909., loc. cit.

(2) *PIERRA*, loc. cit.

fait pour appuyer la thèse de MM. Hollos et Eisens-
tein sur un traitement spécifique.

OBSERVATION XXXIII (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

*Rétroversion, hystérie ; phénomènes sympathiques
douleur névralgique.*

Germaine Th... 18 ans 1/2, domestique, vierge.

Réglée à 13 ans, irrégulièrement jusqu'à 16 ans.

La malade a toujours souffert au moment de ses règles
mais d'une façon peu intense jusqu'à il y a un an et demi.

Depuis cette époque les menstruations sont très doulou-
reuses ; la malade souffre pendant les huit jours qui précèdent
et pendant tout le temps de l'écoulement menstruel.

Ces douleurs n'affectent pas la forme des coliques, la
malade est obligée de s'aliter pendant plusieurs jours. Pas
de vomissements.

La malade a d'ailleurs des crises en dehors de ses époques
lorsqu'elle se fatigue trop.

Les douleurs disparaissent par le repos : la malade ne
souffre pas quand elle est chez elle et à la campagne.

Pas de pertes blanches, pas de troubles de la miction.

Etat névropathique très net : hyperesthésie cutanée con-
sidérable.

Zônes ovariennes et lombaires.

Au toucher difficile à cause de la persistance de l'hymen,
le col est petit, conique. Il est impossible de délimiter le
fond qu'on ne sent pas en avant.

Par le toucher rectal on suit la face postérieure de l'utérus
qui paraît rétroversé, mais dont on n'arrive pas à sentir le
fond.

On ne sent pas les annexes.

La malade est améliorée par les douches écossaises.

OBSERVATION XXXIV (Violet).

Clinique de M. le Professeur Polosson

*Rétroversion, neurasthénie, réflexes divers :
douleur spasmodique.*

Louise P..., 28 ans, couturière,
Pas d'antécédents personnels.

Malade très nerveuse. Régulée à 13 ans la malade a toujours bien souffert au moment de ses époques.

Les douleurs surviennent surtout les deux premiers jours au point de garder le lit ces jours là.

Elle ont nettement la forme de colique surtout au début et le maximum a lieu le premier jour. Lorsque l'écoulement se fait les douleurs disparaissent.

Réflexes divers, palpitations, nausées, vomissements.

Pas de grossesses ; pertes blanches depuis 4 ans.

Il y a 4 ans pertes rouges durant quelques jours à la période intermenstruelle.

Depuis cette époque la malade souffre davantage au moment de ses époques.

Depuis un an et demi son médecin la soumet à un traitement continu de massage et columnisation sans aucune amélioration sensible sauf le caractère des douleurs qui perdent un peu le caractère de coliques.

Au mois de Février 1908 le médecin essaye un pessaire mais la malade ne peut le supporter.

Entéro-colite muco-membraneuse ; la malade est une névropathe avérée. Sujette aux crises de larme, aux idées noires. Ses douleurs menstruelles semblent l'obséder. Au toucher : col dur, petit, conique. Le corps de l'utérus est augmenté de volume. Il est en rétroposition. Sa réduction est facile et occupe de lui-même la position primitive qui est l'antéflexion. Les annexes ne sont pas perçues à droite, A gauche on sent une masse dure arrondie, sensible à la pression qui doit être l'ovaire prolabé accampagnant l'utérus dans sa réduction.

26 Novembre 1908. On met une tige, puis une nouvelle le 30. Amélioration. La malade a été revue en 1909, mais l'amélioration n'a pas duré.

OBSERVATION XXXV (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

*Endométrite-nervosisme, phénomènes réflexes
douleur continue.*

Élisabeth P... tréfileuse, 28 ans, Mariée.

Réglée à 13 ans très irrégulièrement jusqu'à 18 ans : assez régulièrement depuis cette époque.

Elle souffre au moment de ses règles depuis leur établissement. Règles très peu abondantes durant un jour, tâchant à peine le linge. Elle constate sur son linge de « petites peau, comme des morceaux de chair ».

La malade ne perd ses membranes que depuis deux ans et c'est depuis ce temps là que l'hémorragie est peu abondante.

Mariée depuis 4 ans, pas d'accouchement, ni fausse couche. Les douleurs siègent dans le ventre surtout à droite avec irradiation de la cuisse droite, la région anale.

Douleurs lombaires au moment des règles et après.

Ces douleurs sont augmentées par la marche, la fatigue.

Miction normale, pas de ténésme rectal. Constipation.

L'examen est douloureux, la malade ayant du vaginisme depuis plusieurs années.

L'utérus est de dimension normale, en rétroversion modérée et légèrement incliné à droite. Quelques pertes blanches.

Le cul de sac droit est très douloureux, légèrement empâté.

On note quelques pertes blanches peu abondantes.

Pas de lésions annexielles bien nettes. Rien ailleurs.

La malade ne peut supporter les pessaires qu'on essaie de lui mettre.

Le 26 Août 1905. La malade souffre toujours : les rapports sexuels sont très douloureux presque impossibles.

Contipation marquée. Mictions fréquentes, pertes blanches.

Le 3 Septembre 1905. Dilatation aux bougies d'Hégar. Les plus petites bougies sont difficiles à passer. Ressaut très net au niveau de l'orifice interne. On s'arrête au N° 11 et l'on met une grosse tige de laminaire. La température monte à 38°.

Le 14 Septembre 1905, la malade part apyrétique. Auparavant mise en place d'un pessaire pour sa rétroversion.

OBSERVATION XXXVI (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson

Endocervicite ; douleur continue et spasmodique.

Louise M..., sans profession, 28 ans, mariée.

Bonne santé antérieure.

Réglée à 12 ans de façon régulière, pas de dysménorrhée jusqu'au mariage.

Mariée à 19 ans, pas d'enfants, pas de fausse couche.

Dès la première année de son mariage, elle se mit à souffrir au moment de ses règles.

Douleurs quelques heures avant l'apparition, mais ne cédant pas à celle-ci. Elles durent pendant tout l'écoulement, soit cinq ou six jours, provoquant des vomissements et obligeant la malade à garder le lit.

Les douleurs apparues ainsi il y a huit ans n'ont pas changé de caractères et se sont reproduites également à toutes les périodes.

La malade vient à la clinique demander une intervention par suite de la vivacité persistante des douleurs menstruelles.

Examen le 10 mars 1905. L'utérus est en antéversion. Le col est douloureux, très irritable. Annexes saines.

Le 11 mars. Dilatation avec une petite laminaire. L'introduction est difficile, soit du fait de l'antéversion, soit du fait de l'état d'hypersensibilité du col.

La tige au sortir du col montre un étranglement au niveau de l'orifice interne.

Le 12 mars. Seconde laminaire qui sort seule le lendemain matin.

Le 15 mars. Exeat de la malade. Hyperesthésie du col toujours manifeste. L'utérus est en position verticale.

Les règles suivantes sont moins douloureuses, mais cette amélioration est passagère.

Une autre dilatation est faite en 1908 qui amène une menstruation presque indolore dans la suite.

OBSERVATION XXXVII (Violet).

Clinique de M. le Professeur Pollosson.

*Arthritisme ; hystérie ; réflexes divers ;
douleur névralgique.*

Rose R..., 30 ans, employée des postes, non mariée.

Bonne santé habituelle.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Les douleurs ont apparu dès l'établissement et depuis la malade a toujours souffert.

Les souffrances débutent avant le flux menstruel, mais leur acuité est accrue pendant les premières heures qui suivent son établissement.

Elle est alors sujette à divers troubles, névralgies, vomissements, qui l'obligent à garder le lit.

Puis, pendant quelques jours, les douleurs persistent, mais moins fortes.

Pertes blanches abondantes, tachant le linge.

Depuis longtemps, la malade se plaint d'hémorroïdes qui ont présenté des accidents d'hémorragie pendant les selles, ainsi que des étranglements.

On lui a fait une dilatation en 1908.

Entérite l'année dernière qui va mieux actuellement.

Constipation opiniâtre, ne cédant qu'à l'huile de ricin tous les deux jours.

Muco-membranes dans les selles.

Etat névropathique accentué. Se plaint de douleurs au bas-ventre de chaque côté avec irradiations lombaires.

(La malade a eu il y a un an des poussées de coliques néphrétiques du côté droit)

A l'examen, on détermine dans le ventre plusieurs points douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite et la région sus-pubienne.

En même temps, la malade signale des irradiations douloureuses dans la région coccygienne et la région lombaire.

L'examen vaginal très douloureux montre un utérus petit en antéverson, très sensible. Rien aux annexes.

Hémorroïdes non procidentes.

12 mars 1909. Deux tiges de laminaire : pas de réaction fébrile.

15 avril 1910. La malade écrit n'avoir ressenti aucune amélioration post-opératoire. Ses règles sont toujours aussi douloureuses.

OBSERVATION XXXVIII (Vedeler).

Antéflexion ; hystérie ; phénomènes réflexes ; douleur névralgique.

X..., 29 ans, couturière.

Réglée à 15 ans : 3-4 jours régulièrement sans douleurs.

Se plaint d'un bouton siégeant au cou et lui donnant des suffocations ; se plaint aussi du bras gauche insensible.

A eu des attaques d'hystérie.

Vulve peu développée, hymen dilaté. Utérus petit en antéflexion facilement mobile, insensible. Orifice externe normal. Trois ans après cet examen, douleurs légères précédant les règles. Ces derniers mois, elle a des douleurs dans tout le corps avec grande hyperesthésie, comparées à celles produites par l'attouchement du bord d'un ulcère.

Gémissements, parois abdominales contractées.

A l'examen, l'utérus est sensible à la mobilisation.

Pouls et température normaux. Bon état général.

Trois ans après, règles toutes les 4 semaines (2-3 jours). La veille de l'écoulement, terribles douleurs suprasymphysaires d'un caractère continu.

Les douleurs cessent à l'écoulement. Zones d'anesthésie sur tout le corps. Côté gauche du bas-ventre sensible à la palpation profonde seulement. Zone hypersensible sur le col à gauche et un peu en avant.

OBSERVATION XXXIX (Vedeler).

*Antéflexion ; hystérie : phénomènes réflexes ;
douleur névralgique.*

X..., 25 ans, non mariée.

Réglée à 13 ans toutes les 4 semaines de 4 à 6 jours. Sans douleurs dès le début ; plus tard, douleurs dans le bas-ventre non constantes le jour qui précède et le jour de l'écoulement.

Ces dernières années, douleurs cuisantes qui ont débuté dans le côté gauche du bas-ventre et se sont répandues à tout l'abdomen ; l'année dernière, douleurs lombaires sous l'épaule gauche et au-dessous du cœur.

Bien constituée ; pâle.

Le siège de la douleur est dans la région iliaque gauche d'une étendue de paume de main très sensible à une légère pression.

Vulve et vagin normaux.

L'utérus est tellement antéfléchi que le corps et le col sont presque ensemble. Sensibilité à la pression.

Le ligament large gauche est raide, mais pas sensible.

Légères sécrétions claires.

Bromure de potassium ; la menstruation qui suit est sans douleur.

Les suivantes sont légèrement douloureuses, mais la malade n'y prête plus attention.

OBSERVATION XI (Vedeler).

*Antéflexion, hystérie ; phénomènes réflexes
douleur spasmodique.*

X..., 26 ans, Mariée depuis 2 ans 1/2.

Réglée à 12 ans toutes les 6 semaines sans douleurs.

Après mariage, les règles deviennent irrégulières, 2 jours avant l'écoulement grandes douleurs sous forme d'accès dans le côté droit du bas ventre et dans les reins.

Maux de tête : les douleurs s'arrêtent quand l'éconlement commence et réapparaissent quand celui-ci cesse.

Bonne santé générale : quelques crises d'hystérie. Sœur hystérique.

A des idées de suicide, elle est mariée de façon malheureuse.

Un peu de sensibilité à la pression profonde de la région ovarienne droite. Vulve et vagin normaux.

Utérus petit, un peu antéfléchi, sensible sur le côté gauche du col.

L'utérus est dévié à gauche et l'on constate à ce niveau un empâtement du ligament large. La mobilisation vers la droite provoque des douleurs.

Ovaire gauche normal un peu sensible à la pression.

Col normal, léger écoulement jaunâtre.

Traitement par la méthode d'Apostoli. L'utérus revient à sa place.

Rencontrée plus tard, séparée de son mari : règles indolores.

OBSERVATION XLI (Vedeler).

*Rétroversion ; hystérie ; phénomènes réflexes ;
douleur spasmodique.*

X..., 23 ans, non mariée.

Réglée à 13 ans toutes les 4 semaines de 6 à 7 jours.

Sans douleurs jusqu'à il y a 3 ans. Autrefois, crise d'hystérie provoquée par un chagrin.

Depuis ce temps, terribles douleurs sous forme d'accès dans tout le bas-ventre aussitôt que les règles apparaissent et se continuant les premiers jours.

Elle est abattue et fatiguée. Peu de sommeil.

Léger appétit ; se plaint de douleurs à gauche du bas-ventre avec troubles de la miction, sensation de brûlure.

La malade est une geignarde.

Sensibilité à la palpation profonde dans la région ovarienne gauche.

Vulve normale, hymen déchiré ; utérus très rétroversé un peu gros, facilement réductible. Sensible au mouvement et à la pression.

Col et vagin en bon état. Un peu de sécrétion claire.

Ergotine sans effet.

Crise d'hystérie classique pendant une menstruation.

Cathétérisme de la cavité utérine une seule fois. Menstruations suivantes indolores, puis récidive cédant au même traitement.

La malade s'est mariée et les menstruations sont indolores.

L'utérus est toujours en rétroversion.

OBSERVATION XLII (Richelot).

Nervosisme ; douleur spasmodique.

Madame S..., 31 ans. Mariée à 21 ans.

Douleurs menstruelles très vives à toutes les époques.

Etat nerveux avec recrudescences fréquentes sans motif.

Stérilité ; utérus et annexes d'une intégrité parfaite sans catarrhe ni infection.

28 novembre 1906. Rupture de grossesse tubaire et laparotomie.

Mois de juillet 1908. Hydrothérapie (douches vaginales et générales).

Règles douloureuses au cours du traitement, mais normales dans la suite.

CHAPITRE VI

LA DYSMÉNORRHÉE NERVEUSE

La dysménorrhée nerveuse est souvent symptomatique de petites lésions ; d'autres fois, l'absence de signes physiques constatables au niveau des organes génitaux nous conduit à attribuer les douleurs à un état nerveux.

L'examen psychique de ces malades doit nous guider dans notre diagnostic.

Chez la femme affligée de nervosisme, la sensibilité est à la merci d'une excitation douloureuse même légère. La sensibilité est augmentée par la congestion menstruelle : une gêne qui peut passer inaperçue chez d'autres est le point de départ de grandes souffrances, parce que la muqueuse vaginale ou cervicale le plus souvent, est le siège d'une hyperesthésie.

La neurasthénique réagit à la douleur d'une façon intense; les petites lésions donnent lieu chez elle à des troubles psychiques, anxiété, obsession, nosophobie, etc.

L'hystérique accuse de la dysménorrhée à la suite d'une émotion, d'un chagrin intime, à propos de fatigue, de voyages. La distraction, la campagne fera de même disparaître la douleur.

L'hystérique se suggestionne elle-même.

La douleur affecte la forme spasmodique ou la forme névralgique dans la dysménorrhée nerveuse.

La forme spasmodique est facilement précédée de névralgies faciale, orbitaire, frontale. La douleur est continue pendant quelques minutes, des fois une heure ou plus, puis elle cesse. Si l'on essaie de franchir le col à ce moment de la crise, il est difficile de faire pénétrer la sonde, alors que dans l'intervalle des douleurs, cela est facile.

En somme, il se passe au niveau du col ce qui se passe pendant le travail dans la rigidité spasmodique du col. Les douleurs ont un caractère beaucoup plus désagréable; elles ressemblent à celles de la dilatation.

D'après Doleris et Pichevin (1), les malades ayant eu de la dysménorrhée spasmodique présentent presque toujours de la rigidité du col.

Ils admettent, pour que cela se produise, qu'il existe une prédisposition au spasme. Chez les dysmé-

(1) DOLERIS et PICHEVIN. Valeur séméiologique de la douleur dans les affections génitales. *La Gyn.*, 1896.

norrhéiques, cette prédisposition est dans l'état névropathique si fréquent. Ce spasme n'est pas toujours localisé au col, il peut exister au niveau des ligaments larges, au niveau du vagin, du col de la vessie, etc.

La dysménorrhée spasmodique est accompagnée de phénomènes réflexes très marqués ; ce sont les vomissements, les palpitations, les irradiations douloureuses dans les reins, la région coccygienne, les fosses iliaques. Il survient parfois un état d'épuisement persistant encore un jour ou deux après les douleurs.

La forme névralgique semble être réservée plutôt aux hystériques. Elles localisent les points douloureux dans des zones d'hyperesthésie siégeant de préférence au niveau des ovaires, ou dans les culs-de-sac latéraux plus souvent à gauche. D'autres fois, ce sont des douleurs névralgiques diffuses que la malade elle-même ne peut définir.

Enfin, une place doit être faite aussi aux névralgies pelviennes iléo-lombaires, lombo-sacrées, mais ces névralgies, lorsqu'elles existent, ont des signes propres et apparaissant souvent en dehors des règles.

Le traitement devra être général. Les douches ont un effet salulaire : Richelot recommande la douche périgastrique. De préférence, la douche écossaise doit être instituée au début, elle est mieux supportée.

Le bromure de potassium à dose quotidienne de 0 gr. 50 a donné de bons résultats à Vedeler dans la dysménorrhée hystérique, l'ergotine également.

La méthode de Fliess est indiquée dans les formes

nerveuses. Les gynécologues qui ont fait des badigeonnages de la cavité nasale à l'aide de solutions cocaïnées ont eu de véritables succès lorsqu'ils étaient persuadés de l'efficacité de cette thérapeutique. Chez ceux qui se montraient sceptiques, la méthode a été négative.

Il faut croire, en voyant la contradiction de tous ces résultats, que la suggestion était, dans les cas où elle pouvait agir, aussi bien l'œuvre de l'attouchement cocaïné que celle du médecin qui imposait avec conviction son traitement.

De cela, nous concluerons que la suggestion peut ainsi être mise en œuvre et réussir dans quelques cas.

CONCLUSIONS

I. La dysménorrhée est l'état pathologique périodique créé par la menstruation et que caractérise la douleur.

II. La douleur est symptomatique, soit d'une gêne mécanique à la fonction utérine (gonflement de la muqueuse, hémorragie, contraction), soit de phénomènes congestifs d'ordre local ou général; soit de phénomènes réflexes d'un système nerveux débile.

III. On peut ainsi classer trois formes étiologiques correspondant à des symptômes cliniques appropriés à chaque forme :

1° La dysménorrhée mécanique avec la douleur paroxystique ou colique utérine, débutant avec l'écoulement sanguin ou bien deux jours avant au maximum, et cessant lorsque le flux menstruel est bien établi ;

2° La dysménorrhée congestive avec douleur continue, prémenstruelle ne cédant pas avec l'arrivée du sang dans la plupart des cas ;

3° La dysménorrhée nerveuse affectant une des deux formes précédentes de la douleur : continue ou névralgique, intermittente ou spasmodique avec phénomènes réflexes exagérés.

IV. Le diagnostic et le pronostic sont basés sur le résultat des différents traitements.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 mai 1910.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alexandroff. — Zentralblatt f. Gyn. 1902.
Anuffrieff. — Zentralblatt f. Gyn. 1901.
Arnaud. — La dysménorrhœa funzionale et sua cura. Rassegna di therapeutica. Roma 1908.
Beyca. — The treatment of dysmenorrhœa. Journal Surg. Gyn. and. Obst. 1908.
Blair Bell and Pautland Hick. — Observat. utérine contractions. British Med. Journ. 1909.
Bossi. — Zentrabl. f. Gynœk. 1908.
— Gazetta della clinica 1889.
— Prophylaxie gynécologique. La gynécol. 1902.
Bouilly. — La dysménorrhée des jeunes femmes et des jeunes filles. La gynécologie 1902.
Braithwaite. — Dysménorrhœa and epilepsy. The lancet 1897.
Brodier. — Congrès intern. de Gyn. Amsterdam 1899.
Carstensy. — American Med. Association 2 juin 1904.
Clark. — New-York med. and. surg. J. 1904.
Cotte. — Dysménorrhée tuberculeuse 1909. Gaz. des Hôpitaux.
Courty. — Traité des maladies de l'utérus, ovaires et trompes, 1887.

- Dalché. — Dysménorrhée essentielle. J. de Méd. Int. 1904.
- Dysménorrhée liée aux vices de l'ovulation. J. de Méd. Int. 1904.
- Dysménorrhée des jeunes femmes et jeunes filles. — Gaz des Hôpitaux 1904.
- Dewit Reese. — New-York state med. Assoc. 1905.
- Diepgen et Schroeder. — Zeits. f. Kl. méd. Bd. 24.
- Doleris. — Etat constitutionnel et appareil génital de la femme. La Gyn. 1906.
- Doleris. — In th. Lefèvre. Paris 1899.
- Doleris et Pozzi. — Académie de Méd. 1909. Dysménorrhée et stérilité.
- Doleris et Pichevin. — Valeur sémeiologique de la douleur. La Gyn. 1896.
- Doleris et Roulland. — Processus non infectieux du bassin. Ann. de Gyn. et Obst. 1907.
- Doleris. — Métrites et fausses métrites, 1902.
- Fassina. — Th. Paris 1899. Les couleures intermenstruelles.
- Fellner. — Uber Dysmenorrhœa. Prag. méd. Woch. 1902.
- Fenwick. — Dysmenorrhœa and sterility. Times and Hosp. Gaz. 1903.
- Francke. — Zeitsch. f. Geb. und. Gyn. 45.
- Fraikin. — Ovarite scléro-kystique. Th. Bordeaux, 1899.
- Freund. — München. Méd. Wolchens. 1907.
- Fristch. — Traité des maladies des femmes. Trad. Stass. 1902.
- Fushs. — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1907.
- Gargiulo. — La menstruatione e i suoi disturbo. Clin. Obst. Roma, 1899.
- Ghazarrossian. — Ovaire scléro-kystique. Th. Paris, 1903.
- Glascow. — The primitive dysmenorrhœa. Med. Rec. New-York 1907.
- Godart. — Dysménorrhée par sténose cervicale. Polyclinique 1897.

- Goubarew. — J. of obst. and. Gyn. 1899.
- Gouilloud. — Société de chirurgie de Lyon, 1909.
- Guisberg. — Münch. Med. Wolchensch, 1903.
- Gusserow. — Ub. Menstr. u. Dysmén. Volkm. Klin. 1876.
- Haultain. — Edinburgh obst. society, 1900.
- Hammond. — American Med. J. 1903.
- Hensel. — Saint-Paul. Méd. J. 1905.
- Hepp. — Sclérose utérine et métrites chroniques. — Th. Paris, 1900.
- Hermann. — Dysménorrhœa British. Med. J. 1902.
- An adress on dysmenorrhœa Brit. Med. J. 1909.
- Clinical J. 1907.
- Holden. — Dilat. and curetage in dysmén. British Med. J. 1902.
- Holden. — Surg. Gyn. Obst. J. Chicago, 1907.
- Hollos et Eisenstein. — Gyn. Rundschau Berlinand Wien. 1907.
- Holmes. — On the cause of acute illmess during menstruation. British. Med. J. 1907.
- Jaworski et Ivanicki. — Traitement intranasal de la dysm. Sem. med. 1902.
- Kalinorwsky. — J. d'acc. et gyn. Saint-Pétersbourg, 1900.
- Keiffer. — L'élongation des nerfs utérins chez la femme. La Gyn. 1909.
- Kermauner. — Monatsch. Geb. und Frauenk. Bd 26, 1907.
- Kollisher. — Amer. J. Obst. New-York, 1909.
- Kolmann. — Münch. Med. Wolchensch, 1901.
- Koblank. — Ub. nasal reflexe. Zentr. f. Gyn. 1902.
- Kufferath. — Mentruation et conception. 1909.
- Laurence. — La dysménorrhée. Presse médicale 1910.
- Lefèvre. — Th. de Paris 1899. L'antéflexion.
- Legendre. — Bulletin médical 1893.
- Lorner. — Zentrabl. f. Gyn. 1907.

- Loviot. — Congestion utérine des neuro-arthritiques. Soc. obst. de France.
- Lutaud. — Manuel de gynécologie, 1900.
- Mackenrot. — Zeitsh. f. Geb. u. Gyn. 1907.
- Malherbe. — Bulletin de l'Académie de méd. 1903.
- Marsan. — La dysménorrhée. Gazette des Hôpitaux. 1906.
- Martin (A.) — Traité des maladies des femmes, 1889.
- Mathes. — Monatsch. f. Geb. und Gyn. 1902.
- Menge. — Zentrabl. f. Gyn. 1901.
- Moore. — The Lancet, 1908.
- Mundé. — Med. Record. 1900.
- Murray. — North-West Med. a. surg. J. New-York, 1899.
- Newmann. — Med. Record. 1900.
- Norris. — University. Penn. Philadelphie.
- Nosturm. — New-York med. J. 1904.
- Olshausen. — Zeisch. f. Geb. u. Gyn. 1903.
- Opitz. — Berlin. Klinik. Woch. 1903.
- Palmer. — American J. obst. 1897.
- Peraire. — La dysménorrhée membraneuse. Presse méd. 1904.
- Petit. — Lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. Nouv. arch. de Gyn. 1888.
- Pichevin. — Troubles dysménorrhéiques et ovarite scléro-kystique. Sem. Gyn. 1902.
- Pierra. — Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive. La Gyn. 1904.
- Polano. — Münch. méd. Wochens. 1907.
- Papoff. — Gynécologie Helvétique. 1905.
- Pozzi. — Traité de gynécologie. 1907.
- Ralphs. — British. Med. Journal 1909.
- Richelot. — Traitement médical des affect. pelv. La gyn. 1909.
- Richelot. — Pseudo-métrites des arthr. nerveuses. 1900.
- Congestion et sclérose de l'utérus. La gyn. 1901.

- Robin et Dalché. — Traitement méd. des mal. des femmes. 1900.
- Roux de Brignoles. — Sclérose utéro-annexielle. *La Gyn.* 1909.
- Routh. — Lecture on dysménorrhœa. *Brit. Med. J.* 1906.
- Shanta. — *Wien méd. Zeitung* 1895.
- Schaffer. — *Zeitsh. f. Geb. u. Gyn.* 51.
- Schiff. — *Ub. nasale dysm. Fetschr. f. chrobak.* *Wien.* 1903.
- Schultze. — *Monatschr. Geb. u. Frau.* Bd 18.
- Schröder. — *Traité des maladies des femmes.* Trad. française, 1887.
- Silbertchatz. — *Gynœk. Helvet.* 1905.
- Syredey. — *Neurasthénie utérine.* *Gaz. de méd. et ch.* 1898.
- *La congestion utérine.* *La Gyn.* 1900.
- Sellheim. — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* 1908.
- Société obst. d'Edimbourg. — Discussion sur la dysménorrhée, 1900.
- Société obst. de Berlin. — *Zeistch. f. Geb. u. Gyn.* 51.
- de Leipzig. — *Zentrabl. f. Gyn.* 1901.
- Sprague. — *Ann. of. pœd. and gyn.* Philadelphie, 1890.
- Stevens. — *Clin. Journal* 1096-1907.
- Stolpér. — *Wien. med. Woch.* — 1902.
- Stone. — *Ann. J. of. obst.* 41.
- Teilhauber. — *Zentrabl. f. Gyn.* 1902.
- Thörn. — *Munch. méd. Woch.* 1902.
- Tobler. — *Monatsch. f. Geb. u. Fr.* 1907.
- Vedeler. — *Arch. Gyn.* 1897. *Der dysmenorrhœa hysterica*
- Verge. — *Bulletin médical* 1899.
- Veil. — *Müncb. méd. Wochens.* 1908.
- Vigneaux. — *Hématome des ovaires.* *Th. Lyon,* 1903.
- Von Franque. — *Endomètr. und dysm. Zentrabl. f. Gyn.* 1898.
- Webb. — *British Med. J.* 1909.
- Zweifel. — *Zentrablatt f. Gyn.* 1901.

